



## Paciente: Solicitud de acceso

Este formulario se usa para que el paciente (o su representante personal) solicite acceso a la información médica protegida (Protected Health Information, PHI) del paciente. Concentra.com tiene la información de contacto de los centros activos, para el envío de formularios completados. Comuníquese con la Oficina de Privacidad, en caso de que haya visitado un centro que ya no está activo.

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre en la fecha de servicio (si es distinto al de arriba): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono para confirmaciones: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Centro visitado

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Marque (si corresponde):    Lugar cerrado    En el lugar    Atención médica a distancia

### Expedientes solicitados

Fechas de servicio: \_\_\_\_\_

Expediente médico completo    Resultados de laboratorio    Órdenes del médico    Recetas    Factura pormenorizada    Radiografías

Otro: \_\_\_\_\_

### Método de entrega preferido

Correo postal    Llamada a un número para recogerlo    Fax    Correo electrónico seguro

[Marque con una X aquí \_\_\_\_\_ si prefiere correo electrónico sin cifrar, a pesar del riesgo.]

Otro método electrónico (USB, CD, otro), especifique: \_\_\_\_\_

### Información del representante personal (si corresponde)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono para confirmaciones: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Casilla de verificación de firma del solicitante

Paciente

Representante personal

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para asuntos de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA) relacionados con este formulario, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Concentra llamando al 1-800-819-5571.

Concentra® reconoce los derechos de un paciente según la HIPAA para tener acceso a copias de su información médica. Es posible que haya cargos asociados con el procesamiento de una solicitud y la generación de los expedientes solicitados.