

Completion Date: _____

Adjunto 19

Fecha de Vigencia: 14 de abril de 2003

Petición de Acceso a Historial Médico

Como paciente de un hospital o proveedor de servicios médicos de la Universidad de Miami, puede tener acceso a cierta información que conservamos sobre su historial médico. Si desea inspeccionar o recibir una copia del mismo, debe completar este formulario y entregarlo a un Encargado de Historias Clínicas o a la Dirección de Privacidad de la Universidad de Miami, en la dirección indicada en el Aviso de Normas de Privacidad. Esta petición es sólo para los departamentos que se indiquen debajo.

Para facilitar la búsqueda de su información necesitamos los siguientes datos:

Fecha de la Petición: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Teléfono: _____

Número de Historial Médico: _____

IDX SMS

Dirección: _____

Solicito acceso a mi historial médico conservado en: _____

Departamento: _____

Médico: _____

Instalación Médica/Hospital: _____

Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar si desea inspeccionar o recibir una copia de su historial médico:

Quisiera inspeccionar mi historial médico personalmente en la Universidad de Miami.

Quisiera una copia de mi historial médico.

Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la información específica a la cual desea tener acceso:

Historial médico (es decir: informes de laboratorio, radiografías, etc.) de las siguientes fechas _____.

Historial de cobros (es decir: reclamaciones o estados de cuenta) de las siguientes fechas _____.

Cobramos por copias, franqueo y trámites, de acuerdo con las leyes federales o estatales pertinentes. Se le enviará un importe total con instrucciones de cómo hacer los pagos, así como un estimado de la fecha en que recibirá la información (si ha solicitado una copia).

Firma del paciente o representante

Fecha

Si es un representante, autorización para actuar en nombre del paciente/Vínculo con el Paciente.

University of Miami Privacy Office
PO BOX 019132 (M-879)
MIAMI, FL 33101

privacy@med.miami.edu
(305) 243-5000

Request for Access to Health Information



Form
D3900018S

Revised
10/02/03

NAME: _____

MRN: _____ IDX SMS

SS: _____

AGE: _____ DOB: ____/____/____

DATE OF SERVICE: ____/____/____