

Patient Request for Access to Protected Health Information

¿Sabía que también puede solicitar, descargar y ver sus registros médicos en línea a través de MyChart? Vaya a www.novanthealth.org y haga clic en la pestaña *Patients & visitors* (Pacientes y visitantes) a fin de ingresar en nuestra página MyChart y obtener más información. La obtención de registros médicos mediante MyChart no tiene ningún costo para usted.

Soy paciente de Novant Health y mi información se detalla a continuación:

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Últimos 4 números del N.º de Seguro Social:
Ciudad/Estado/Código postal:	Teléfono:
Dirección de correo electrónico:	

Me gustaría obtener registros médicos del(de los) siguiente(s) hospital(es) o clínica(s):

De ser posible, proporcione el(los) centro(s) específico(s):

<input type="checkbox"/> Para enviar a mi persona	<input type="checkbox"/> Para enviar a la siguiente persona/centro: Nombre del centro, persona, compañía: Dirección o PO Box: Número de teléfono: Número de fax: Dirección de correo electrónico: Nota: Los registros enviados a otro proveedor de atención médica no tienen ningún costo. El paciente es responsable de los costos cuando los registros se envían a terceros.
---	--

SELECCIONE UNO: Me gustaría que se divulgaran estas fechas de servicio:

Visita más reciente
 Visitas en el último año
 Visitas en los últimos 3 años
 Visitas en los últimos 5 años
 Todas las visitas
 Otros: Visitas en los últimos _____ años
 Fechas específicas que se divulgarán: _____ a: _____ / _____ / _____
MM DD AAAA MM DD AAAA

SELECCIONE UNO: Me gustaría que se divulgaran las partes de mis registros seleccionadas a continuación:

Opción 1: Resumen del hospital/la clínica (extracto)
**incluye todas las notas del médico, las órdenes médicas y los resultados del centro y las fechas de servicio indicadas más arriba.*

Opción 2: Registro parcial (seleccione los artículos específicos a continuación si no necesita la historia médica o el extracto completos)
Notas del médico:
 Todas
 Antecedentes y examen físico
 Notas sobre progreso
 Resumen del alta hospitalaria
 Notas operatorias/de procedimientos
 Notas de consultas
 Notas del consultorio
 Notas de la sala de emergencias
Órdenes médicas y resultados:
 Todas
 Cardíacos/ECG
 Laboratorio
 Pruebas de diagnóstico
 Radiología/radiografía
 Patología
 Medicamentos
 Otros:

Opción 3: Registros completos (sin incluir notas de psicoterapia)

Opciones adicionales:

Información de facturación
 Imágenes radiológicas (en CD) *Los CD que contienen imágenes radiológicas son diferentes de los CD que contienen registros médicos y se aplican costos por separado.

Deseo que se divulguen estos registros mediante (seleccione una opción):

<input type="checkbox"/> MyChart (sin costo)	<input type="checkbox"/> Fax (\$6.50 c/u)
<input type="checkbox"/> Correo electrónico (\$3.50 c/u)	<input type="checkbox"/> Copia en papel (pueden aplicar tarifas por página, por envíos y suministros y por mano de obra)
<input type="checkbox"/> CD/DVD (\$6.50 c/u)	<input type="checkbox"/> Otros:

Si bien Novant Health utilizará medidas razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de los correos electrónicos enviados y recibidos, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de todas las comunicaciones efectuadas por este medio.

*Es posible que las clínicas y hospitales de Novant Health solo puedan divulgar una cantidad limitada de registros in situ. El departamento de Divulgación de Información de Novant Health Enterprise procesa todas las demás solicitudes. Todas las tarifas asociadas cumplen con las directrices estatales y federales y normalmente se facturan antes de la divulgación (varía según el estado). *Pueden aplicar limitaciones de tamaño para la divulgación mediante MyChart, correo electrónico y fax.*

Comprendo que esta es una divulgación completa que puede incluir información relacionada con la salud mental, el abuso de sustancias, la información genética, el VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual. Tenga en cuenta que puede tardar hasta 30 días procesar su solicitud.

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nota: Si el paciente carece de capacidad legal o se ve imposibilitado para firmar, un representante personal autorizado puede firmar el formulario en nombre del paciente. Identifique el vínculo/la autoridad en caso de que la firma no sea la del paciente (se requiere documentación de respaldo):

Agente médico/Apoderado legal
 Tutor legal
 Albacea/Administrador/Apoderado
 Padre/madre
 Familiar más cercano
 Otro: _____

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:

Interpreter Accepted _____ Interpreter Refused _____
(Name/Number of Person/Services Chosen/Used)



Patient Request for Access to Protected Health Information