

Medical Records
701 W. 5th Street, Room 1243
Odessa, Texas 79763 Telephone 432-703-5440

Texas Tech University Health Sciences Center
Solicitud del paciente para acceder a su información
médica

Nombre del paciente: _____
Número de historia clínica: _____
Fecha de nacimiento: _____

Si desea obtener una copia de su historia clínica, complete el siguiente formulario.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Deseo que Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) (seleccione una opción):

- Me proporcione una copia de mi información médica
 Envíe mi historia clínica a: Obtenga la información de:

(Nombre del centro, la persona, la empresa) (Dirección o PO Box, Ciudad, Estado, Código postal)
(Teléfono) (Número de fax)
(Dirección de correo electrónico)

Deseo que se divulguen las siguientes fechas de prestación del servicio: _____

Información que se divulgará:

Todos los informes (la historia clínica completa)

Únicamente los tipos de informes seleccionados a continuación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas o de evolución | <input type="checkbox"/> Régimen de visitas |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Informes de facturación (fechas) |
| <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos | <input type="checkbox"/> Conjunto de informes de rutina (señale las fechas de prestación del servicio) _____
(visitas al consultorio, laboratorio, radiología, medicamentos, vacunas) |

Acepto que la siguiente información puede divulgarse o usarse únicamente de la forma que se indica a continuación:

- | | |
|---|--|
| 1. Resultados de análisis, diagnóstico, tratamiento e información relacionada con SIDA/VIH | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. Resultados de análisis de drogas, e información acerca del uso de drogas y alcohol, y su tratamiento | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Información de su salud mental | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Estudios genéticos | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Deseo que estos informes tengan el siguiente formato (seleccione una opción):

- CD cifrado, contraseña _____ CD no cifrado
 USB cifrado, contraseña _____ USB no cifrado
 Electrónico
 Copia impresa
 Otro: _____

Deseo que (seleccione una opción):

- Me los envíen por correo
 Me los envíen por correo electrónico seguro
 Me los envíen por correo electrónico personal (no seguro)
 Me los envíen por fax a: _____
 Los preparen para que los recoja _____

Si solicita que le enviemos su historia clínica de forma no cifrada a su correo electrónico personal, usted reconoce y acepta el riesgo que implica que su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se transmita por un medio de comunicación no seguro.

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Nota: Si el paciente no es legalmente capaz o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este documento en nombre del paciente (se puede solicitar un comprobante por escrito)

To be completed by TTUHSC:

Date of release: _____ via Mail Fax Other _____

ID Verified DL/Other ID _____

Employee Name: _____ Date: _____

TTUHSC Patient Request for Access to Medical Record

HIPAA approved forms: www.ttuhscc.edu/hipaa