

Solicitud del paciente de información de salud protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre al momento del tratamiento (si es diferente del anterior): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

¿Qué información de salud protegida quiere? (Marcar las casillas correspondientes a continuación):

Nombre del médico: _____

Fechas de tratamientos específicos: _____ hasta _____

Informes de consulta Placas de diagnóstico Registros de dosimetría Resultados de laboratorio

Dictado del médico Placas del portal/placas de simulación Notas de evolución

Informes de radiología o diagnóstico por imágenes Cirugía/patología Historia clínica completa

Registros de facturación

Otro (especificar): _____

¿Cómo le gustaría que se le entregue la información de salud protegida?

En papel

CD/memoria externa: (Para el formato papel/CD/memoria externa, seleccione una opción):

Entrega en el hogar Retiro en persona

Correo electrónico seguro Correo electrónico no seguro* Portal Otro: _____

** La información entregada a través del correo electrónico es inherentemente insegura, salvo que esté totalmente encriptada. Solicitar que mis registros se envíen a una dirección de correo electrónico no segura no es un método de entrega seguro y existe el riesgo de que mi información de salud sea interceptada o visualizada por personas no autorizadas. GenesisCare USA y sus filiales no son responsables del acceso no autorizado de terceros a mi información de salud personal entregada en este formato u otro riesgo (por ejemplo, virus) que se pueda introducir potencialmente en mi computadora/dispositivo al recibir información de salud personal a través de un correo electrónico no seguro.*

Solicito que mi información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) de GenesisCare USA sea enviada a:

a mí mismo a mi representante personal (dirección indicada a continuación)

Nombre del destinatario: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Fax (únicamente el proveedor de atención médica): _____

Firma del paciente/representante autorizado*: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____

*Si está firmado por un representante autorizado por el paciente, la documentación legal de respaldo debe acompañar a este formulario de autorización.

Licencia de conducir o identificación con fotografía (*solicitada cuando se retiran los registros*)

Estado de la licencia de conducir: _____ Número: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Enviar el formulario completado a:

GenesisCare USA – Gerencia de Información de Salud

1419 SE 8th Terrace, Suite 200, Cape Coral, FL 33990

Adjuntar el formulario firmado a: Fax: 239-344-4036 o Correo electrónico:

ROI@usa.genescare.com

Instrucciones para completar la solicitud dirigida al paciente de información de salud:

1. Complete la primera sección con su nombre actual, fecha de nacimiento, dirección actual, dirección de correo electrónico actual y número de teléfono diurno.
2. Fechas de tratamientos específicos: enumere las fechas específicas; año pasado o últimos dos años. Si no recuerda las fechas específicas, indique al menos un periodo, como último mes, últimos seis meses, etc.
3. ¿Qué registros quiere? Marque los documentos que solicita. Los resultados de los exámenes, cuando se marcan individualmente, en general son para fechas específicas de servicio como se indica en la siguiente sección.
4. Solicito que mis registros se envíen a: marque la casilla correspondiente. Si los registros se envían a alguien que no es el paciente, aclare a quién se le entregarán los registros.
5. ¿Cómo le gustaría que se entreguen sus registros? Los registros se enviarán de manera electrónica en lugar de en formato papel, salvo que se especifique lo contrario. El formato electrónico incluiría la revelación directamente a su portal del paciente, a un correo electrónico seguro o a un CD. Los registros en papel o CD se enviarán a la dirección proporcionada. Llame a la Gerencia de Información de Salud al 239-938-0121 con anticipación para retirar sus registros. Al retirar registros en persona, se necesitará una identificación con fotografía y una copia de todo documento legal (poder, administrador de herencia, verificación de custodia, etc.).
6. Si alguien que no es el paciente retirará los registros, se debe mencionar el nombre de la persona que retira los registros: completar el nombre, el número de teléfono, la dirección de la persona que retirará la historia clínica. Será necesario exhibir una licencia de conducir o identificación con fotografía al momento del retiro de la historia clínica.
7. Firma del paciente/representante personal: este formulario debe estar firmado por el paciente. Si el paciente no puede firmar y la solicitud la realiza un representante personal autorizado del paciente (padre de un menor, persona designada en un poder, administrador de herencia, etc.), el representante personal debe firmar y colocar la fecha en el formulario. Proporcione el nombre en letra de imprenta y la relación con el paciente. Se debe adjuntar la documentación legal de respaldo a este formulario de autorización cuando lo firma un representante personal.
8. Firma del testigo: un testigo debe firmar y colocar la fecha en caso de que el paciente únicamente pueda marcar una X o no pueda firmar.

Llame a la Gerencia de Información de Salud de GenesisCare USA al 239-938-0121 si tiene más preguntas.

GenesisCare USA – Gerencia de Información de Salud

1419 SE 8th Terrace, Suite 200, Cape Coral, FL 33990