

Información de solicitud de expedientes médicos

Información de contacto general para expedientes médicos

Connections Health Solutions
Atte.: Departamento de Expedientes Médicos
2390 East Camelback Road, Suite 400
Phoenix, AZ 85016
(602) 416-7657

Información de expedientes médicos por estado

Para enviar solicitudes, use la información a continuación:

Arizona

Email: medicalrecords@Connectionshs.com

Fax: 602-362-3231

Montana

Correo electrónico: medicalrecordsMT@Connectionshs.com

Fax: 602-362-3231

Virginia

Correo electrónico: medicalrecordsVA@Connectionshs.com

Fax: 703-270-0005

Washington

Correo electrónico: medicalrecordsWA@Connectionshs.com

Fax: 425-217-1179

Pennsylvania:

Correo electrónico: medicalrecordsPA@connectionshs.com

Fax: 717-408-9284

Solicitud del destinatario/individuo para acceder a información médica protegida (PHI)

Tiene derecho a solicitar acceso a su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que Connections Health Solutions (Connections) conserva en nuestro conjunto de registros designado. Cierta información queda excluida del acceso, como:

- La información que cumple con la definición de notas de psicoterapia.
- La información recopilada por Connections con anticipación razonable a un procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en dicho procedimiento.
- La información obtenida de otra persona si, al proporcionarle el acceso que usted solicitó, sería razonablemente probable que infrinja la confidencialidad de esa persona al revelar la fuente.
- La información que un profesional de la salud autorizado haya determinado, usando su criterio profesional, que es razonablemente probable que el acceso que usted ha solicitado ponga en riesgo su vida o seguridad física o la de otra persona, que cause un daño considerable a otra persona mencionada en su registro, o que le cause un daño considerable a usted o a otra persona.

Yo, _____, _____, _____,
Nombre del paciente **Fecha de nacimiento** **Fecha**

solicito una copia de mi información médica protegida (PHI) de conformidad con las regulaciones sobre derecho de acceso de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Comprendo que la información que se revelará o divulgará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y consumo de sustancias.

Solicito registros de Connections Health Solutions.

Proporcione registros de las siguientes fechas: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ ("presente" equivale a la fecha de la firma).

PHI ESPECÍFICA QUE SE DIVULGARÁ (marque la casilla de los elementos que se divulgarán)

- ☐ Medicamentos ☐ Evaluación psiquiátrica ☐ Notas de evolución ☐ Plan de tratamiento ☐ Información de diagnóstico
☐ Resultados de laboratorio ☐ Citas ☐ Información financiera ☐ Evaluaciones ☐ Resumen de alta
☐ Información de seguro/características demográficas ☐ Otra información: _____

☐ **Historia clínica completa** (Entiendo que los registros médicos que solicito pueden incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y uso de sustancias. Los documentos incluidos en el expediente médico pueden incluir evaluaciones, información de diagnóstico, planes de tratamiento, información de medicamentos, evaluación psiquiátrica, notas de progreso clínico (incluido el progreso en el tratamiento), análisis de laboratorio, información financiera y del seguro, información del alta y cualquier otra información utilizada para tomar decisiones sobre su tratamiento).

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Comprendo que, si solicito a Connections que divulgue PHI a otra persona o entidad, es posible que la información deje de estar protegida por las leyes de privacidad estatales y federales, incluida la HIPAA. Comprendo que Connections hará intentos razonables para proporcionar los documentos en el formato solicitado; sin embargo, si los registros no son fácilmente reproducibles en ese formato, comprendo que Connections llamará para analizar opciones de entrega alternativas. En determinadas circunstancias limitadas, Connections puede denegar una solicitud. Si se deniega una solicitud, comprendo que recibiré una explicación por escrito y una descripción de las medidas que puedo tomar en respuesta a la denegación.

Solicito que esta PHI se divulgue en la forma o el formato seleccionados:

- ☐ **A mí mismo**
☐ **A una persona/entidad designada**

Nombre: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono/fax: _____

Formato solicitado:

Vista en el centro _____

Impreso: _____ (correo postal o recogida)

Fax: _____

Correo electrónico: _____

Otro: _____

El correo electrónico se enviará de forma segura para proteger su PHI, por lo que se deben tomar medidas adicionales para acceder a la

Fecha/hora: _____

Firma del paciente: _____

Solicitud verbal: _____

Miembro del personal de CHS: _____

Si el paciente no puede firmar el formulario de autorización debido a su estado físico o su edad, complete lo siguiente:

El paciente no puede firmar porque: _____

Descripción de la autoridad del representante personal (Personal Representative, PR)/tutor para actuar en nombre del paciente: _____

Fecha/hora: _____ Firma del PR/tutor (si se indica): _____