

CenterWell ACE

Solicitud de información de salud protegida (PHI) por parte del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico del paciente: _____
N.º de teléfono particular: _____ N.º de teléfono celular: _____

Este formulario pueden utilizarlo los pacientes o sus representantes personales para solicitar PHI (por sus siglas en inglés) del paciente A entidades de CenterWell ACE, lo que incluye a CenterWell Senior Primary Care, Conviva Care Center y Elite Health Medical Centers (en adelante, “CenterWell”) o un proveedor de salud del comportamiento asociado. Se pueden proporcionar copias impresas o por correo electrónico de la PHI AL paciente/representante personal, o se pueden enviar copias (solamente) de la PHI por correo electrónico a otra persona o entidad designada por el paciente o su representante personal.

SOLICITAR PHI A:

Nombre de la entidad de CenterWell ACE (CenterWell/Conviva/Elite) y Nombre del

O

Nombre del proveedor de salud del comportamiento y de su entidad de CenterWell ACE
(CenterWell/Conviva/Elite) asociada

INFORMACIÓN DE LA SALUD QUE DEBE SER DIVULGADA – *Lea detenidamente*

Comprendo que solicito que mi PHI, que incluye la PHI recopilada y mantenida por CenterWell ACE o un proveedor de salud del comportamiento asociado, la información sobre programas de tratamiento de la salud, la información del plan y los recursos para cuidadores, se me divulgue a mí, a mi representante personal o a otra persona o entidad. Comprendo y afirmo que, al marcar cualquier casilla a continuación y firmar este formulario, doy mi consentimiento expreso e informado para la divulgación de toda la información confidencial y los registros de tratamiento relacionados que pueden estar incluidos dentro de estos registros, tales como los siguientes: enfermedades de transmisión sexual; enfermedades transmisibles; VIH/SIDA, incluidos los resultados de las pruebas y el tratamiento; abuso de sustancias, alcohol y/o drogas; salud mental y conductual (excluidas notas de psicoterapia), información/pruebas genéticas; y otras afecciones relacionadas.

Indique la PHI que desea que se divulgue. Si se debe divulgar toda la información, marque únicamente la casilla correspondiente en la Línea 1.

Divulgación completa de expedientes de Cuidado primario **O de** expedientes de Salud del comportamiento
 Divulgación limitada de expedientes de Cuidado primario **O de** expedientes de Salud del comportamiento

<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento y cuidado continuo	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones/Vacunas
<input type="checkbox"/> Datos de seguros/reclamaciones	<input type="checkbox"/> Resultados/informes de pruebas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Farmacia/Recetas
<input type="checkbox"/> Registros externos/Derivaciones	<input type="checkbox"/> Otra (describa): _____	

Rango de fechas: DEL _____ (mm/dd/aaaa) AL _____ (mm/dd/aaaa)

PREFERENCIA PARA LA ENTREGA:

Seleccione una opción

Enviar copia impresa por correo postal al paciente o representante personal a:

Llamar al: _____ para que el paciente o el representante personal pasen a
buscar una copia impresa
Lugar de entrega: _____ (centro)

Enviar por correo electrónico al paciente o representante personal a: _____

Enviar por correo electrónico a una persona o entidad (que no sea el paciente o su representante personal):
Nombre: _____ N.º de teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Relación: _____ (esposo/a, amigo, abogado, médico, etc.)

Firma del paciente o del representante personal legalmente autorizado del paciente* **Fecha**

**Nombre en letra de imprenta del representante personal legalmente autorizado (si
corresponde)** **Fecha**

*Si es representante, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona y provea la documentación correspondiente (tutor, poder legal, apoderado para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, etc.):
