



Solicitud de acceso del paciente

Solicitud de acceso a información de salud protegida por paciente del Condado de Hillsborough

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Su derecho de solicitar acceso a su información médica protegida (PHI) y nuestras responsabilidades

El Condado de Hillsborough está comprometido a proteger su información personal de salud bajo las Reglas de Privacidad y Seguridad HIPAA 45 C.F.R. §§ 164.103, 164.105.

Usted (o su representante autorizado) tiene el derecho de inspeccionar u obtener una copia de su información de salud protegida ("PHI") que mantenemos en un conjunto de registros designados. Si mantenemos su PHI en formato electrónico, también tiene derecho a obtener una copia de esa información por vía electrónica. Además, usted puede solicitar que le enviemos una copia de su PHI directamente a otra persona y nosotros honraremos esa petición cuando lo requiera la ley para hacerlo. La solicitud para transmitir el PHI a otra parte debe hacerse por escrito, estar firmada por usted (o su representante) e identificar claramente a la persona designada a quien se debe enviar el PHI y donde se debe enviar el PHI.

Generalmente, le proporcionaremos a usted (o su representante autorizado) acceso a su PHI dentro de los treinta (30) días de su solicitud. Podemos verificar la identidad de cualquier persona que solicita acceso al PHI, así como la autoridad de la persona para tener acceso a la PHI pidiendo al solicitante que proporcione el número de seguro social del paciente, fecha de nacimiento, autoridad legal para actuar en nombre del paciente (como un poder notarial) u otra información necesaria para verificar que el solicitante tiene derecho a acceder al PHI. En circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a su PHI, y usted puede apelar ciertos tipos de denegaciones. También podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por proveerle acceso a su PHI, sujeto a los límites de la ley estatal aplicable.

Solicitud de acceso al PHI:

A continuación, describa el PHI al que solicita acceso con la mayor especificidad posible. Especifique fechas de servicio y otros detalles que le permitirán al Departamento de _____ del Condado de Hillsborough cumplir con precisión y completamente su solicitud.



Especifique cómo le gustaría que proporcionáramos el acceso:

Por favor, marque todas las que correspondan y llene la información solicitada, donde se indique.

___ *Por favor, envíeme una copia de mi PHI*

___ **Correo.** Por favor envíe una copia de mi PHI a la siguiente dirección:

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Formato (copia en papel, copia digital en un disco, etc.):

___ **Email.** Envíe por correo electrónico una copia de mi PHI a la siguiente dirección de correo electrónico en el formato especificado:

Dirección de correo electrónico: _____

Formato (PDF, Word, etc.): _____

___ *Por favor, envíe una copia de mi PHI a la siguiente persona y a la siguiente dirección de correo o dirección de correo electrónico en el formato especificado:*

Parte Designada: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Formato (Papel, PDF, Word, etc.): _____

___ Me gustaría inspeccionar una copia de mi PHI en el Departamento de _____ del
Departamento del Condado de Hillsborough al Departamento de _____ del Condado de
Hillsborough



**Hillsborough
County Florida**

Firma del solicitante: _____ ***Fecha de la solicitud:*** _____

Información del solicitante (si el solicitante es diferente del paciente):

Nombre: _____

Relación con el paciente (padre, tutor legal, etc.): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____