

Petición de Acceso a Información Protegida de Salud

Nombre del Cliente (Imprima)

Fecha de Nacimiento

Número de registro

Forma de Información Protegida de Salud solicitado:

____ Expediente médico o ____ Otro _____

Marco de tiempo de información solicitado:

Fecha(s) de servicio: _____

SummitStone Health Partners (SHP) aprobará o denegará esta solicitud en un plazo de 30 días a partir de la recepción de este formulario debidamente cumplimentado. SHP puede extender este período de 30 días, si es necesario, y se le notificará si ese es el caso. SHP requiere que el individuo autorizado que solicita información Protegida de Salud, para mostrar identificación de la foto al recibir la información solicitada.

Elijo el siguiente método de acceso al registro médico:

____ Organice una fecha, hora y lugar para inspeccionar el registro.

____ Obtener copias del expediente médico disponibles para mí, y estoy de acuerdo en pagar los cargos por copia, que no deben exceder \$18.53 para las primeras diez páginas o menos, \$0.85 por página para las páginas 11-40, y \$0.57 por página para cada página adicional. Si me lo envían por correo, acepto pagar el costo adicional de franqueo.

____ Recibir sólo copias electrónicas, y estoy de acuerdo en pagar la tarifa plana de \$6.50.

Firma del del cliente o tutor legal del cliente

Fecha

Si no es cliente, imprima el nombre

Relación de tutor legal con el cliente

Dirección Postal: _____

Número de Telefono: _____

¿Podemos dejar mensaje? _____