



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A LA INFORMACIÓN DE SALUD

TrueCare reconoce el derecho de acceso de un paciente bajo HIPAA y las Reglas de Bloqueo de Información de la Ley de Curas del Siglo 21. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección: TrueCare, 400 S. Melrose Drive, Suite 200, Vista, CA 92081. Mi revocación entrará en vigencia al recibirla, excepto en la medida en que otros hayan actuado de acuerdo con esta autorización.

Nombre:		Iniciales:		Apellido	
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente al anterior):					
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Teléfono:		Correo electrónico:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:

**¿Qué registros está solicitando? (Marque las casillas correspondientes a continuación):**

Fechas de servicio: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Si no se especifica fecha, solo se divulgarán los 6 meses anteriores.

Notas de visita       Notas dentales       Informes de procedimientos       Registros de facturación

Resultados de las pruebas (especifique): \_\_\_\_\_ (radiografías, resultados de laboratorio/patología, mamografía, colonoscopia, DEXA, prueba de Papanicolaou)

Otro (especifique): \_\_\_\_\_ (certificados de vacunación, listas de medicamentos, salud mental, resultados de pruebas de VIH)

**¿Cómo desea que le entreguen los registros? (Seleccione una de las opciones a continuación.)**

Papel/Entrega de correo       Centro de TrueCare: \_\_\_\_\_       Aplicación de tercero: \_\_\_\_\_

Enviar mis registros a través de (encierre en un círculo la opción deseada): CD/DVD, USB

Método electrónico (encierre en un círculo la opción deseada): Correo electrónico seguro \_\_\_\_\_, aplicación de mensajería MyChart, Si es otro, especifique: \_\_\_\_\_

**Objetivo de la solicitud:**

Continuidad de la atención/atención de especialidad       Cambio de médico de atención primaria

Legal       Otro: \_\_\_\_\_

**¿Dónde quiere que se envíe esta información? (Complete las casillas a continuación):**

TrueCare debe proporcionar mis registros a (indicado a continuación):       Mí mismo       Representante personal

Proveedor de TrueCare para que comunique verbalmente mi información de salud con:

Nombre del destinatario:	Teléfono del destinatario:
Dirección del destinatario:	Fax del destinatario:
	Correo electrónico del destinatario (si corresponde):

**Escriba su nombre en letra de imprenta y firme a continuación:**

Nombre del paciente o representante personal (letra de imprenta)	Relación con el paciente (letra de imprenta)
Firma del paciente o representante personal y fecha <small>Esta solicitud caducará 1 año después de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.</small>	Número de teléfono

Devuelva el formulario completo a: TrueCare Health Information Department

TrueCare 400 S. Melrose Drive, Suite 200 Vista, CA 92081	Correo electrónico: <a href="mailto:FAX_HID@truecare.org">FAX_HID@truecare.org</a> Fax: 1-877-279-1995 ¿Tiene preguntas? 760-736-6717
--	---

For internal use by TrueCare only:

Patient Medical Record #:	Date received:	Were records given on-site?	TrueCare Location:
Date processed (in-clinic/HID):	Processed by:		