

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, 4056 Calle Platino, Oceanside, CA 92065. 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 Esta solicitud caducará 1 año después de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.	Número de teléfono

Devuelva el formulario completo a: TrueCare Health Information Department

TrueCare 4056 Calle Platino Oceanside CA 92056	Correo electrónico: FAX_HID@truecare.org 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:		