

### Solicitud de acceso de los pacientes a su información de salud protegida

<b>Información del paciente (en letra de imprenta):</b> Primer nombre: _____ Inicial del Segundo nombre: ____ Apellido: _____ (También conocido como): _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
<b>Autorizo a CRHC a publicar mis registros. ¿Dónde quiere que le enviemos la información?</b> Nombre del destinatario: _____ Teléfono del destinatario _____ Dirección postal del destinatario: _____ Correo electrónico/Fax del destinatario _____
<b>Registros solicitados</b> (Indique abajo qué registros está solicitando y complete según corresponda) <input type="checkbox"/> Fechas específicas del servicio: _____ Proveedores: _____ <input type="checkbox"/> Informes administrativos/de procedimientos: _____ <input type="checkbox"/> Dos (2) últimos años de Información de Salud <input type="checkbox"/> Visitas al consultorio _____ <input type="checkbox"/> Resultados de estudios (Resultados de Lab/Patología) Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Radiología (radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas) <input type="checkbox"/> Informes solamente                      O                      Imágenes en CD <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
<b>Para incluir otra información de salud protegida*, indique con las iniciales:</b>  ____ <b>VIH/SIDA</b> ____ <b>DROGAS/ALCOHOL</b> ____ <b>INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL</b>  <b>*SI NO PONE SUS INICIALES, ESTA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA NO SE ENTREGARÁ</b>
<b>¿Cómo desea recibir los registros?</b> <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papel: Envío por correo postal o lo pasa a recoger (Lugares: 155, 95, Rock Hill, Newburgh, New Windsor, Monroe, West Nyack) <input type="checkbox"/> Electrónico <input type="checkbox"/> Correo electrónico (protegido o desprotegido) _____ @ _____ o Fax # - _____ <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Nombre del paciente o representante legal: (LETRA DE IMPRENTA) _____ Relación: _____ (LA DOCUMENTACIÓN SE DEBE ADJUNTAR O ESTAR EN ARCHIVO)  Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

**\*DEVUELVA O ENVIE POR FAX EL FORMULARIO COMPLETADO A LA DIRECCIÓN ANTERIOR\***  
Crystal Run Healthcare acepta el derecho del paciente, bajo la ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos) a obtener copias de su información de salud. Puede haber cargos relacionados con el procesamiento de una solicitud y la generación de registros.