



**REQUEST TO ACCESS MEDICAL OR BILLING RECORDS**  
**SOLICITUD DE ACCESO A EXPEDIENTES MÉDICOS Y DE FACTURACIÓN**

*Puede cortar esta página y guardarla en sus archivos*

El formulario adjunto se puede utilizar para solicitar acceso a sus expedientes médicos. Se nos requiere permitirle acceso a su información médica, a no ser que leyes federales específicamente no lo permita.

Generalmente y según las normas de HIPAA, respondemos a las solicitudes de acceso dentro de 30 días una vez recibidas. Puede anticipar una respuesta o notificación de atraso dentro de ese margen de tiempo. La ley de HIPAA permite una extensión de 30 días, pero debemos notificarle del atraso y especificar cuándo recibirá una respuesta.

Para mayor información sobre cómo acceder a su información médica y de facturación puede contactar a St. Luke's Health Information Management Department (Departamento de información médica) al número mencionado a continuación. Tenga en cuenta que esa solicitud de acceso debe ser por escrito. El Departamento de información médica no aceptará solicitudes de acceso por teléfono.

Para presentar su solicitud de acceso, por favor complete, firme y envíe la información adjunta a:

**St. Luke's**  
Health Information Management  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono: (208)  
Fax: (208)

Si tiene preguntas en cuanto a HIPAA, por favor contacte a nuestra Línea de Cumplimiento (Compliance Line)  
al  
1-800-729-0966

**REQUEST TO ACCESS MEDICAL OR BILLING RECORDS  
SOLICITUD DE ACCESO A EXPEDIENTES MÉDICOS Y DE FACTURACIÓN**

Fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Número(s) de teléfono: (celular) \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_  
 Otros nombres bajo los cuales el paciente ha recibido tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Esta solicitud es para Compensación al trabajador?  Sí  No

*Para asegurarse que recibe una copia de los expedientes que está solicitando, por favor especifique la(s) entidad(es) donde recibió tratamiento. **Por favor no indique "Todos"***

Expedientes del hospital (Especifique la(s) entidad(es)) \_\_\_\_\_  
 Expedientes de la clínica (Especifique la(s) entidad(es)) \_\_\_\_\_

**Información que está solicitando**

<input type="checkbox"/> Información de cuentas	<input type="checkbox"/> Notas clínicas	<input type="checkbox"/> Informe de alta	<input type="checkbox"/> Sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Historial físico
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Imagen médica (film)	<input type="checkbox"/> Informe de imágenes médicas	<input type="checkbox"/> Vacunas y/o determinaciones de anticuerpos	<input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Informe del procedimiento/operación	<input type="checkbox"/> Lista de problemas	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica/valoración/salud mental	<input type="checkbox"/> Notas de terapia	<input type="checkbox"/> Estudios psicológicos	
<input type="checkbox"/> Bienestar	<input type="checkbox"/> Autorización médica	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias/drogas	<input type="checkbox"/> Evaluación biométrica	
<input type="checkbox"/> Imágenes de los senos (mamografías, ultrasonidos, resonancia magnética con informe (CD o Film)				
<input type="checkbox"/> Informes de consulta – Nombre del médico: _____				
<input type="checkbox"/> Otro: (Especifique) _____				

**Esta autorización es válida para los servicios recibidos durante:**

Fecha (s) aproximada(s) \_\_\_\_\_

**(marque la casilla apropiada)**

Expedientes de servicios recibidos desde la fecha mencionada anteriormente, hasta la fecha de vencimiento de este documento.  
 La entrega única de información del (los) servicio(s) recibido(s) en la fecha especificada anteriormente.

**Por favor marque el método de acceso que desea:** Nota: Puede haber un cargo por los costos asociados con la tramitación de su solicitud. La factura estará adjunta a sus expedientes.

- Copias en papel:
  - Recoger en persona (lugar)
  - Copias por correo: Dirección de envío: \_\_\_\_\_
- CD/DVD (protegidos con contraseña) Dirección de envío: \_\_\_\_\_
- Ver los expedientes en la oficina (Sin copias)

**Si usted es el representante (tutor, agente, o padre del menor) y puede actuar legalmente por el paciente; por favor llene esta sección. Su autoridad como representante será verificada.**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_  
 Teléfono (si es diferente al anterior) (Casa/Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

**Esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de esta autorización.**

Firma/Signature: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY (Verification of Identity)**

Patient Identified: (describe method, initials & date) \_\_\_\_\_  
 Personal Representative identified (describe method & initial) \_\_\_\_\_  
 Release Made (method & date) \_\_\_\_\_  
 Workers Compensation checked (initials) \_\_\_\_\_