

OFTALMOLOGIA ESPECIALISTA DE TEXAS

PACIENTE ACCESO A FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECORD MEDICO

Yo, _____ solicito acceso a mi historial médico para mi inspección personal _____, mi representante personal. (Por favor especifique la fecha del registro al cual quiere el acceso)

Fecha: _____ Hora: _____

O:

Yo, _____, solicito que OPHTHAMALOGY SPECIALIST OF TEXAS haga copias de mi historial médicos para mi inspección personal. Entiendo que estos registros contienen información de salud protegida (PHI). Estoy de acuerdo en ser responsable por el costo de copiar estos registros incluyendo honorarios, la mano de obra, los suministros, y los gastos de envío. El precio por cada página es \$ _____ y se cobrará un mínimo de \$ _____. Consiento en pagar esto antes del servicio dado.

Los registros que solicitan acceso a: Registros Médicos Completos ____ Facturación ____ Resultados de Laboratorio o Pruebas ____ VIH ____ Exámenes de Seguimiento ____ Salud Mental ____

Razón de la solicitud: _____

Paciente Firma _____

Nombre Impreso del Paciente y Fecha de Nacimiento _____

Fecha de solicitud _____

RESPUESTA PRACTICA A SALICITUD (Debe ser dentro de 60 días de recepción de solicitud. Texas limita a 15 días de las solicitudes)

___ Permite de todos o parte de su solicitud

___ Niego todo o parte de su solicitud

Por la siguiente razón: (Circule las que apliquen)

No forma parte de su conjunto de registros; contiene notas de psicoterapia; información fue compilada por acciones civiles, penales, o administrativas; sujeto a CLIA; Respecto al recluso en instituciones penitenciarias; Fue creado de durante la investigación; Esta sujeto a la ley de privacidad federal: No fue creada por esta práctica.

Paciente no puede apelar si la negación es para cualquiera de estas razones

Negado a discreción de las practica ya que la información puede ser dañina a tercer o paciente

Pide una extensión de 30 días para responder debido a _____