

Herman Ostrow School of Dentistry of USC

Formulario De Solicitud De Acceso A Información

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de Nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Por medio del presente solicito que mi proveedor o mis proveedores de atención médica de la Universidad del Sur de California me proporcionen la siguiente información (*marque todo lo que corresponda*):

- Mis expedientes clínicos (por ejemplo, expedientes médicos, expedientes dentales)
- Mis radiografías
- Mis registros de facturación
- Otra información _____
(*Debe ser información con elementos de identificación personal que la USC use para tomar decisiones clínicas acerca del paciente*)

Marque todos los casilleros que correspondan:

- Sólo estoy interesado en ver o copiar la información solicitada con respecto al período entre _____ y _____.
- Estoy interesado en ver o copiar toda la información solicitada que obra en poder de (escriba el nombre o los nombres de sus proveedores médicos cuyos expedientes usted desea ver):

Estoy de acuerdo en recibir la información solicitada en un resumen que prepare la USC lo cual tiene un costo de \$ 6.50 que yo debo pagar.

Información excluida de la solicitud

Entiendo que toda información que se me proporcione conforme a esta solicitud no incluirá información que se haya recopilado para preparar razonablemente (o para usar) en un procedimiento civil, penal o administrativo o que de otro modo puede estar limitada o restringida por ministerio de la ley correspondiente. Si soy padre, madre o tutor legal y solicito acceso a la información de un menor de edad, entiendo además que no se me otorgará acceso a expedientes que traten sobre ciertas categorías de tratamiento según lo dispone la ley (por ejemplo, el recibo de anticonceptivos, servicios de planificación familiar o ambos que pertenezcan a un menor de edad).

Proceso en caso de negarse la solicitud

Entiendo que la USC puede negar esta solicitud en circunstancias limitadas en virtud de la ley federal y estatal que protege la privacidad de la información médica. Asimismo, entiendo que excepto según lo dispone la ley correspondiente, cuando mi solicitud se niegue tengo el derecho de que un médico acreditado que seleccione la USC y que no haya participado en la decisión inicial de negar mi solicitud evalúe dicha negativa.

Entiendo que la USC me notificará su decisión de aprobar o negar mi solicitud de inspeccionar la información solicitada antes de transcurrir cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que reciba esta solicitud y antes de transcurrir quince (15) días a partir de la fecha en que reciba esta solicitud si dicha solicitud es para hacer copias, a menos que yo acuerde permitir un plazo más largo para responder. La USC me proporcionará un resumen de la información solicitada antes de transcurrir diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que reciba mi solicitud, o antes de transcurrir como máximo treinta (30) días si la USC me informa que necesita más tiempo para proporcionar el resumen, ya sea debido al volumen de los expedientes o debido a que se me dio de alta del hospital durante el plazo de diez (10) días.

Formato para proporcionar información: Prefiero: (Seleccione una)

- Recoger o ver la información solicitada en un lugar y a una hora de mutuo acuerdo, **O**;
- Que se me envíe por correo la información solicitada a la siguiente dirección; **O**

- Que se envíe por correo la información solicitada a la siguiente dirección:

- Solicito que me envíen la información por correo electrónico a **(Descargo de responsabilidad: el correo electrónico no está protegido. Proporcionar su correo electrónico da consentimiento para que le enviemos por correo electrónico):**

Entiendo que la USC me cobrará \$ 6.50 por página por los servicios de copia que sean necesarios para responder a mi solicitud, así como el costo correspondiente de correo.

Firma del Paciente (o Representante Personal)

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal
En letra de molde

Fecha

Relación entre el Representante Personal y el Paciente

PARA USO DE OFICINA:

Los registros Copiaron _____ Los registros Dispersaron _____

El honorario Reunió _____ Completado Por _____