

SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE (45 CFR §164.524)

Los pacientes o sus representantes personales pueden rellenar este formulario de acceso o divulgación de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y enviarlo por correo electrónico a help@baylorgenetics.com o al número de fax indicado más arriba. Baylor Genetics (BG) proporcionará la PHI solicitada en un plazo de 15 días laborables a partir de la recepción del formulario cumplimentado, a menos que se solicite una prórroga.

INFORMACIÓN AL PACIENTE

____/____/____ Fecha de solicitud (DD/MM/AA)	_____ Nombre del paciente	_____ Apellido(s) del paciente		
____/____/____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	_____ Teléfono	_____ Fax	_____ Correo	
_____ Dirección		_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código Postal

SOLICITUD DEL PACIENTE DE ACCESO O DIVULGACIÓN DEL PHI A OTRA ENTIDAD/PERSONA

Solicito que BG divulgue la PHI del paciente mantenida por BG a:

- El paciente o su representante personal
 La siguiente persona/organización:

_____ Nombre	_____ Teléfono	_____ Fax	_____ Correo	
_____ Dirección		_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código Postal

INFORMACIÓN QUE DEBE DIVULGARSE, FORMATO, MÉTODO DE ENTREGA, TARIFAS* Y FECHA DE CADUCIDAD

Resultados de las pruebas Datos sin procesar Registros de facturación Otros (Describe): _____

Entiendo que la PHI cuya divulgación se solicita puede contener información genética y al marcar esta casilla doy mi consentimiento para su difusión. (Si no marca esta casilla, el BG no podrá divulgar ningún registro que contenga información genética).

INTERVALO DE FECHAS Desde _____ Hasta _____

FORMATO: Papel Electrónico Otro _____

ENTREGA: Correo Fax Otro tipo: _____

CADUCA: Si no se introduce ninguna fecha, esta solicitud caduca un (1) año a partir de la fecha en que se firmó, a menos que se reciba antes una revocación por escrito.

*Tarifas: Una tarifa razonable, basada en los costos, por las copias, incluido el franqueo para enviar los registros si así se solicita. Se le notificará la tarifa antes de tramitar la solicitud.

FIRMAS

_____ Firma del paciente	_____ Fecha (DD/MM/AA)
_____ Representante personal del paciente** Firma	_____ Fecha (DD/MM/AA)
_____ Nombre en letra de imprenta	_____ Relación con el paciente

**Adjunte documentos que demuestren su autoridad para actuar en nombre del paciente si usted no es el progenitor (por ejemplo, una carta de poder válida, una orden judicial; documentos de tutela).