

SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE (45 CFR §164.524)

Los pacientes o sus representantes legales pueden completar este formulario para solicitar el acceso a la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) o su divulgación, y enviarlo por correo electrónico a info@baylorgenetics.com o al número de fax indicado anteriormente. Baylor Genetics proporcionará la información de salud solicitada en un plazo de 15 días hábiles a partir de la recepción del formulario completado, a menos que se solicite una prórroga.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

____ / ____ / ____ Fecha de solicitud (MM / DD / AAAA)		_____ Nombre del paciente		_____ Apellido(s) del paciente	
____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento (MM / DD / AAAA)		_____ Teléfono	_____ Fax	_____ Email	
_____ Dirección			_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA ACCEDER A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O PARA QUE SEA DIVULGADA A TERCEROS

Solicito a Baylor Genetics que revele la información de salud protegida (PHI) del paciente conservada por Baylor Genetics a:

El paciente o su representante legal

La siguiente persona u organización:

_____ Nombre					
_____ Teléfono		_____ Fax		_____ Email	
_____ Dirección			_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal

INFORMACIÓN QUE DEBE DIVULGARSE, FORMATO, MODALIDAD DE ENTREGA, TARIFAS Y FECHA DE VENCIMIENTO*

Resultados de pruebas Datos sin procesar Registros de facturación Otro tipo (especifique): _____

Entiendo que la información de salud protegida (PHI) cuya divulgación se solicita puede contener información genética y, al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para su liberación. (Si no marca esta casilla, Baylor Genetics no podrá compartir ningún expediente que contenga información genética.)

RANGO DE FECHA: Del _____ Al _____

FORMATO: Papel Electrónico Otro: _____

ENTREGA: Correo Fax Otro: _____

VENCE: _____ Si no se indica ninguna fecha, esta solicitud caducará un (1) año después de la fecha de firma, a menos que se reciba una revocación por escrito antes de esa fecha

FIRMAS

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

* Tarifas: Se aplicará una tarifa razonable, según el costo, por las copias, incluyendo los gastos de envío en caso de que se solicite el envío de los registros por correo. Se le informará del importe de la tarifa antes de que se procese la solicitud.

** Adjunte la documentación que acredite su autoridad para actuar en nombre del paciente, si procede (por ejemplo, un poder notarial válido, una orden judicial, documentos de patria potestad, etc.).