



Fecha de vigencia: 14 de abril, 2003

Petición de acceso a la información de salud

Como paciente de un proveedor de Columbia University Medical Center, usted puede tener acceso a cierta información de salud que mantenemos sobre usted. Si quiere revisar y recibir una copia de su información de salud, debe llenar este formulario y **devolverlo en la oficina del proveedor de cuidado de salud**, en la cual usted está pidiendo tener acceso a su información de salud, o lo puede entregar a Privacy Officer (Agente de Privacidad) en: Columbia University Medical Center, 601 West 168th Street, Apt. 22, New York, N.Y. 10032. Esta petición corresponde solamente a la oficina del proveedor de cuidado de salud que usted indique abajo. Si le gustaría recibir información de más de una oficina de proveedores de cuidado de salud, debe llenar un formulario por separado para cada oficina.

Para ayudarnos a ubicar su información, por favor díganos lo siguiente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Por favor especifique la oficina del proveedor de cuidado de salud en la cual usted está pidiendo acceso a su información de salud

Por favor indique, marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s), la información específica a la cual usted quiere tener acceso:

- Archivos médicos de las siguientes fechas _____.
- Archivos de las facturas de las siguientes fechas _____.
- Otro. Por favor especifique. _____.

Por favor indique si le gustaría revisar o recibir una copia de su información de salud marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s):

- Me gustaría una copia de mi información de salud
- Me gustaría que enviaran una copia de mi información de salud al siguiente proveedor en la dirección a continuación: _____

- Me gustaría revisar mi información de salud en persona en Columbia University Medical Center.

Cobramos un valor por las copias y el franqueo, tal como lo permitan las leyes estatales y federales correspondientes. Se le informará el total a pagar antes de darle las copias.

Firma del paciente o el representante personal

Fecha

Si es el representante personal, la autoridad que tiene para actuar en representación del paciente

For Columbia University Medical Center purposes only:

Date of receipt of request: _____.

Referred for further information? Yes No

Time extension required? Yes No

Decision: access granted in full. access denied in full access granted in part summary or explanation

Date of notification of decision: _____.
No

Review of denial requested? Yes No

Review of denial assigned to: _____.

Review of denial decision: unreviewable concur with original decision disagree with original decision

Date of notification of decision on review of denial: _____.