

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Estimada Clínica de Clifford Beers:

El propósito de esta carta es para solicitar copias de mi historia clínica según permitido por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y las reglamentaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Deseo acceder a mi historia clínica mediante (marque lo que corresponda):

☐ Una copia de mi historia clínica

☐ El envío de mi historia clínica directamente a otra persona o parte designada por mí.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Contacto: _____

Recibí tratamiento en su clínica entre las **fechas** _____, _____. Solicito copias de la siguiente parte de la historia clínica [o de su totalidad] relacionada con mi tratamiento.

Por favor, identifique la información que solicita:

Documentos	SI	Iniciales del cliente	Documentos	SI	Iniciales del cliente
Resumen de admisión	☐		Examen neurológico	☐	
Resumen de alta	☐		Datos de laboratorio	☐	
Plan de tratamiento	☐		Examen educativo	☐	
Progreso del tratamiento	☐		Adaptación escolar	☐	
Informe psicológico	☐		Examen del habla, del lenguaje o auditivo	☐	
Examen psiquiátrico	☐		Expediente judicial o penitenciario	☐	
Informes médicos	☐		Otro:	☐	

[Nota: HIPAA también le permite solicitar un resumen de su historia clínica. Si prefiere obtener un resumen, debe acordar una tarifa de antemano].

Entiendo que se me puede cobrar una tarifa razonable por obtener una copia de mi historia clínica, pero que no se me cobrará por el tiempo dedicado a localizar la historia clínica. Por favor envíeme la historia clínica solicitada por correo al domicilio provisto anteriormente. [Si solicita que se envíe la historia clínica, también se le puede cobrar por el envío]*

Espero recibir la historia clínica mencionada anteriormente en un plazo de 30 días según lo especificado en HIPAA. Si no es posible responder mi solicitud en un plazo de 30 días, le ruego me avise por carta e incluya la fecha en la que podría recibir mi historia clínica.*

Atentamente:

Firma del cliente:

Fecha:

Aclaración de firma

*De acuerdo a HIPAA se le puede cobrar una tarifa razonable por una copia de su historia clínica. También se le puede cobrar por el envío si solicita que se le envíe su historia clínica por correo. HIPAA otorga 30 días para que un proveedor responda a su solicitud de historia clínica, con una extensión de 30 días.

Updated 08/08/2019