

ANEXO A
DOCTORS MEDICAL CENTER
FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO

Nombre del paciente:				
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Apellido</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Nombre</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Segundo nombre</td> </tr> </table>	Apellido	Nombre	Segundo nombre
Apellido	Nombre	Segundo nombre		
Dirección particular:				
Teléfono particular:				
Fecha de nacimiento:				
Fecha de la solicitud				

Por medio del presente solicito a DOCTORS MEDICAL CENTER que me proporcione [marque todas las casillas que corresponda]

- Acceso a, O
- Mi propia copia de la “información solicitada” que se marca a continuación:
 - Mi historia clínica
 - Mis registros de facturación
 - Cualquier otro registro que contenga información que me identifique personalmente y que DOCTORS MEDICAL CENTER use para tomar decisiones médicas o de facturación sobre mí.

[También marque una de las tres casillas siguientes:]

- Solo me interesa acceder u obtener una copia de la información solicitada que corresponda al período _____ hasta _____.
- Me interesa acceder u obtener una copia de toda la información solicitada que mantenga DOCTORS MEDICAL CENTER .
- Preferiría recibir la información solicitada en forma de resumen preparado por DOCTORS MEDICAL CENTER a un costo de 25¢ por página.

Comprendo que toda la información que se me proporcione de acuerdo con esta solicitud, no incluirá información recopilada con anticipación razonable de (o para uso en) un procedimiento civil, penal o administrativo, o en otras circunstancias, según pueda estar limitada o restringida por la ley vigente.

Si soy uno de los padres o el tutor legal que solicita acceso a la información de un menor de edad, comprendo además, que no obtendré acceso a registros relacionados con ciertas categorías o tratamientos según lo exija la ley (por ejemplo, registros correspondientes a servicios de atención de salud, para los cuales el menor de edad pueda dar legalmente su consentimiento y, por lo tanto, los cuales el menor de edad tiene derecho a inspeccionar u obtener copias (es decir, de aborto o de tratamiento de salud mental); o que el proveedor de servicios de salud determine, de buena fe, que el acceso a los registros del paciente solicitado por el representante tendría un efecto perjudicial en la relación profesional del proveedor con el paciente menor de edad o para su seguridad física o bienestar psicológico. Comprendo que bajo circunstancias limitadas DOCTORS MEDICAL CENTER puede rechazar esta solicitud, de conformidad con lo dispuesto en la ley federal y estatal que protege la privacidad de la información de salud. Comprendo además que, excepto que la ley vigente permita algo distinto, tengo derecho a rechazar que mi solicitud sea revisada por un profesional de atención de salud seleccionado por DOCTORS MEDICAL CENTER que no haya participado en la decisión de DOCTORS MEDICAL CENTER de rechazarla.

2000 Vale Road • San Pablo, CA 94806 • Phone: (510) 970-5000 • Fax: (510) 970-5740

www.doctorsmedicalcenter.org

Owned and operated by the West Contra Costa Healthcare District

