

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS
CALLIER CENTER FOR COMMUNICATION DISORDERS

SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Solicitante: _____ Número de teléfono diurno _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

(Si solicita esta información como Representante personal, debe proporcionar su número de teléfono de contacto, dirección postal y dirección de correo electrónico a continuación).

Solicito acceso a información médica mantenida por o para Callier Center sobre mí.

Solicito acceso a la siguiente información médica (especifique la información exacta que se divulgará, incluidas, si corresponde, las fechas de servicio):

- Mi historia clínica completa (Nota: Puede incluir tratamiento de VIH, salud mental o tratamiento de drogas y alcohol u otros registros confidenciales).
- Otros (enumere los tipos de registros solicitados; puede incluir fechas de servicio si lo desea):

Solicito acceso a la información médica de la siguiente forma:

- Acceso in situ a los registros
- Copias entregadas a mí por correo a la siguiente dirección:

Dirección: _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

- Copias entregadas a otra persona por correo a la siguiente dirección:

Dirección: _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

- Copias enviadas por fax al siguiente número: _____

- Otro: _____

Tenga en cuenta que, si solicita que los registros se envíen por correo electrónico, no podemos garantizar que sean seguros o confidenciales durante el tránsito o en la cuenta de correo electrónico a la que se envían. Además, no asumimos ninguna responsabilidad por la seguridad o confidencialidad de los registros proporcionados a un tercero a petición suya.

Entiendo que UT Dallas puede cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con esta solicitud.

Además, entiendo que UT Dallas puede, según la ley aplicable, negar mi solicitud de acceso a mis registros médicos en determinadas circunstancias limitadas. En algunos casos, si se me niega el acceso a mi información médica, puedo solicitar que se revise la denegación, en cuyo caso un profesional de atención médica autorizado elegido por Callier Center revisará mi solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que inicialmente negó la solicitud. Callier Center cumplirá con el resultado de la revisión.

Firma: _____ Fecha: _____

Si firma esta solicitud como Representante legal de la persona, *debe* proporcionar la documentación adecuada de su autoridad para actuar como representante de la persona y firmar a continuación:

Nombre impreso del representante legal: _____

Autoridad del representante para actuar en nombre de un individuo: _____

Para uso exclusivo de Callier Center

Persona que procesa la solicitud de acceso: _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____

¿Alguna PHI solicitada se mantiene fuera del sitio? Sí No

Ubicación: _____

Fecha límite para conceder/denegar el acceso solicitado: _____

¿Se extendió el plazo?

No

Sí: Razón: _____

Fecha en que se entregó la notificación por escrito: _____

Nuevo plazo para conceder/denegar acceso: _____

Acceso: Otorgado Denegado Fecha de notificación al individuo: _____

Si se concede:

Fecha de acceso concedido: _____

Cómo se proporciona el acceso: _____

Tarifa cobrada: _____

Si es denegado, motivo _____

Si es denegado por motivos revisables:

¿El individuo solicitó una revisión de la denegación?

No

Sí