



**Adjunto 19**  
**Petición de Acceso a Historial Médico**

Como paciente de un hospital o proveedor de servicios médicos de la Universidad de Miami, puede tener acceso a cierta información que conservamos sobre su historial médico. Si desea inspeccionar o recibir una copia del mismo, debe completar este formulario y entregarlo a un Encargado de Historias Clínicas o a la dirección de Privacidad de la Universidad de Miami, indicada abajo y en al Avisa de Normas de Privacidad. Esta petición es solo para los departamentos que se indiquen debajo.

**Para facilitar la búsqueda de su información necesitamos los siguientes datos:**

Fecha de la Petición: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Los últimos 4 dígitos del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de Historial Médico: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Solicito acceso a mi historial médico conservado en:**

Departamento: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
 Instalación Médica/Hospital: \_\_\_\_\_

**Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar si desea inspeccionar o recibir una copia de su historial médico:**

- Quisiera inspeccionar mi historial médico personalmente en la Universidad de Miami.
- Quisiera una copia de mi historial medico

**Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la información específica a la cual desea tener acceso:**

- Historial médico (es decir: informes de laboratorio, etc.) de las siguientes fechas:  
\_\_\_\_\_
- Historial radiográfica de las siguientes fechas:  
\_\_\_\_\_
- Historial de cobros (es decir: reclamaciones o estados de cuenta) de las siguientes fechas:  
\_\_\_\_\_

Cobramos por copias, franqueo y trámites, de acuerdo con las leyes federales o estatales pertinentes. Se le enviará un importe total con instrucciones de cómo hacer los pagos, así como un estimado de la fecha en que recibirá la información (si ha solicitado una copia).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha


\_\_\_\_\_  
Si es un representante, autorización para actuar en nombre del paciente/Vinculo con el Paciente

University of Miami – Office of HIPAA Privacy & Security  
 PO Box 019132 (M-879) hipaaprivacy@med.miami.edu  
 Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

---

**REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION (SPANISH)**

---



Form  
D3900018S  
  
Revised  
09/24/14

NAME: \_\_\_\_\_  
 MRN: \_\_\_\_\_  
 LAST 4 DIGITS OF SSN: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 DATE: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_

© 2014 University of Miami Page 1 of 1