



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 el 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 Privacy & Data Security
PO Box 019132 (M-879) privacy@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

Obtención de los Registros Médicos

Si usted está solicitando una copia de sus registros médicos, se le exigirá que complete un Formulario del **Adjunto 19** o del **Adjunto 46** (Autorización de un tercero) para obtener copias de sus registros. También se le puede pedir que proporcione una identificación con su foto para fines de identificación.

Por favor, complete el formulario, fax, correo electrónico o comuníquese con el departamento de Registros Médicos correspondiente que aparece a continuación.

University of Miami Hospital and Clinics (UMCH)/Sylvester Comprehensive Cancer Center (SCCC)

1475 N.W. 12th Avenue
Miami, Florida 33136
Teléfono: 305-243-5272
Fax: 305-243-5274 y 305-243-9521
Sitio Web: www.sylvester.org

Bascom Palmer Eye Institute (BPEI)/Anne Bates Leach Eye Hospital (ABLEH)

900 N.W. 17th Street
Miami, Florida 33136
Teléfono: 305-326-6333
Fax: 305-547-3709
Sitio Web: <http://bascompalmer.org/>

University of Miami (UMH)

1400 N.W. 12th Avenue
Miami, Florida 33136
Teléfono: 305-689-5605 y 305-689-5187
Fax: 305-689-4490 y 305-689-3995
Sitio Web: <http://www.umiamihospital.com/>

Para cualquier otro departamento clínico, comuníquese con el consultorio médico.
Para obtener más asistencia, llame al 305-243-4000.

MyUHealth Portal en línea

Usted también puede acceder a parte de su información sanitaria a través del portal **MyUHealthChart**.
Para obtener más asistencia u obtener acceso, envíe un correo electrónico a AskMyUHealthChart@med.miami.edu.

Por cuestiones o inquietudes sobre privacidad

Office of HIPAA Privacy & Security
Teléfono: 305-243-5000 Fuera del Condado Dade: 866-366-4874
Fax: 305-243-7487
Correo electrónico: privacy@med.miami.edu
Casilla de correo: 019132 (M-879)
Miami, Florida 33101