



Solicitud de Revisión y/o obtener una Copia de la Información de Salud Protegida

Uso del formulario: Los pacientes y representantes deben usar este formulario para solicitar el acceso, o una copia de los expedientes.

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo Otro

#Teléfono: (_____) _____ Fecha de nacimiento: _____
¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

1. Marque en el lugar donde está solicitando revisar y/o obtener una copia del expediente médico.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fairfax Neonatal Associates (FNA) | <input type="checkbox"/> The Pediatric Lung Center & Allergy (PLC) |
| <input type="checkbox"/> Pediatric Infectious Disease Group (PIDG) | <input type="checkbox"/> Pediatric & Adolescent Sleep Center (PASC) <input type="checkbox"/> Pediatric Surgical Group (PSG) |

2. ¿En qué formato desea los expedientes? Papel (Todos los sitios ofrecen copias del registro médico en papel)

Unidad flash USB (sólo para las solicitudes de los registros médicos del PLC y PASC)

3. Marque la casilla que indica cómo le gustaría recibir los expedientes y llenar la información que se solicite.

Enviar por correo: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Recoger (deberá mostrar una identificación con foto cuando venga a recoger). Por favor dar un número de teléfono donde pueda ser contactado cuando las copias estén listas para recogerlas. (_____) _____

Revisar en persona (deberá mostrar una identificación con foto en el momento de revisar). *Cualquier revisión del expediente del paciente será conducido en la presencia de un empleado de FNA, P.C.* Por favor dar un número de teléfono donde pueda ser contactado para una cita. (_____) _____

4. Marque la casilla(s) indicando los tipos de expedientes que quiere recibir y la fecha(s) de servicio de esos expedientes.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hoja Demográfica | <input type="checkbox"/> Reportes de Diagnóstico por Imágenes | <input type="checkbox"/> Estado de Facturación |
| <input type="checkbox"/> Notas de Visita/Oficina | <input type="checkbox"/> Exámen de Función Pulmonar | <input type="checkbox"/> Otro, describir: _____ |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Notas de Operación | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Reporte de Patología | _____ |
| <input type="checkbox"/> Resultados del estudio del Sueño | <input type="checkbox"/> Enviar el Expediente Médico Completo | |

NECESARIO: Fecha(s) de servicio o fecha aproximada de los expedientes que solicita: _____

Reconocimientos: Estoy presentando este formulario para obtener acceso u obtener una copia de mi expediente médico o la de mi hijo menor de edad hecha por el sitio(s) de práctica indicada arriba. Estoy al tanto, que puede haber cobros razonables por el costo de las copias de los expedientes. Las tarifas de correo también pueden cobrarse. Mi solicitud será procesada dentro de 15 días desde dar recibo a mi solicitud y los expedientes serán enviados a la dirección de arriba, salvo se indique de otro modo. Si la práctica no tiene mi expediente, entonces será informado donde dirigir mi solicitud, si se conoce.

Firma del Paciente o del Representante Personal _____

Fecha _____

Escriba Nombre del Paciente o Representante Personal (si se aplica) _____

Relación con el Paciente (si se aplica) _____

OFFICE USE ONLY

MUST BE COMPLETED: Records request processed by: _____ (name of employee) on: _____ (date).

Complete one of the following:

- Records were mailed on _____ (date) and by _____ (processing employee's name).
- Records were picked-up on _____ (date) and by _____ (name). Photo-ID verified by: _____.
- Records were reviewed in-person on _____ (date) and by _____ (name).
Photo-ID verified by: _____. Review of records conducted in presence of _____ (name of employee).
- Access to Medical Records was denied Reason for denial: _____ (**Contact Compliance Director**)

Notes: _____

Instrucciones para Completar la *Solicitud de revisión y/o Obtener una Copia de la Información de Salud Protegida*

Por favor completar este formulario si es que desea recibir el expediente médico para usted o su menor de edad. Escriba la información de una manera clara para identificar bien al paciente. No se manda fax de los expedientes.

1. Marcar ✓ en la casilla del sitio de práctica donde está solicitando revisar y/u obtener una copia de su expediente médico o de su hijo.
 - Escribir el nombre completo del paciente, inicial del segundo nombre y cualquier otro nombre.
 - Escribir un número de teléfono de contacto para contactarlo si tenemos alguna pregunta acerca de su solicitud.
 - Escribir la fecha de nacimiento del paciente.

2. Si está solicitando los registros del **The Pediatric Lung Center & Allergy** o **Pediatric & Adolescent Sleep Center**, tiene la opción de recibir sus datos o los de su hijo en papel o en la unidad de flash USB (electrónica) en formato. Si solicita los registros como en una unidad de flash USB, tenga en cuenta que el expediente no estará protegido por contraseña o cifrada. Usted será responsable de la seguridad del expediente una vez que esté en su poder. Si está solicitando los registros del **Pediatric Surgical Group, Pediatric Infectious Disease Group, Fairfax Neonatal Associate, o MCAP**, sólo se darán copias en papel. Por favor, hable con el representante de registros médicos si tiene preguntas.

NOTA: Los registros médicos proporcionados en papel o en formato electrónico son su responsabilidad para prevenir el acceso contra personas sin autorización.

3. Marcar ✓ en la casilla que indica cómo desea recibir los expedientes y llenar toda la información que se le pide.
 - Si desea recibir los expedientes por el **correo** a la dirección actual de su casa, por favor dar la dirección de su domicilio completo, incluyendo el nombre de la calle, estado y el código postal.
 - Si desea personalmente **recoger** los expedientes, por favor proporcione un número de teléfono para contactarlo cuando estos estén listos para recogerlos. Le pediremos mostrar una identificación con foto antes de darle el expediente.
 - Si desea **revisar** los expedientes en persona, proporcione un número de teléfono para llamarlo y hacer una cita. Tenga presente, que un empleado de la práctica debe estar presente durante la revisión de los expedientes. Es necesario que muestre una identificación con foto antes que le permitamos revisar los expedientes.
4. Seleccione los tipos de expedientes médicos que desea solicitar. Si un tipo de expediente no está en la lista, por favor dar una descripción de dicho expediente donde dice, "otros."
 - Proveer la fecha(s) de servicio o fecha aproximada de los expedientes que usted solicita.

"Firmar" su nombre en la línea correcta. Indique la fecha que está firmando el formulario. Escriba su nombre debajo de su firma. Si usted no es el paciente, indique su relación con el paciente.

Si tiene alguna pregunta a cerca del acceso a los expedientes médicos, por favor llamar al sitio de práctica donde recibió los servicios. También puede mandar un fax del formulario de la petición completa al sitio de servicios. Si sólo tiene preguntas acerca de la facturación de los expedientes del paciente, llamar a Management Consultants for Affiliated Physicians, Inc. (MCAP) al (703) 289-1400 para hablar con un representante de facturación.

Fairfax Neonatal Associates Phone: (703) 289-1400 Fax: (703) 289-1414	The Pediatric Lung & Allergy Center Phone: (703) 289-1410 Fax: pulm (855) 208-6095 allergy (855) 208-6277
Pediatric and Adolescent Sleep Center Phone: (703) 226-2290 Fax: (855) 208-6428	Pediatric Surgical Group Phone: (703) 560-2236 Fax: (855) 208-6018
MC Phone: (703) 289-1400 Fax: (703) 289-1414	