



Fairfax Neonatal Associates
 Pediatric Lung and Allergy Center (703) 289-1410
 Pediatric Surgical Group (703) 560-2236
 Pediatric and Adolescent Sleep Center (703) 226-2290

Solicitud para Obtener y/o Revisar una Copia of Información de Salud Protegida (PHI)

Paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre Otro

Contacto #: (_____) _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
¿Esta bien en dejar mensaje detallado? Sí No

1. Marque el sitio dónde esta pidiendo revisar y/u obtener una copia de los records médicos.

- Fairfax Neonatal Associates (FNA) The Pediatric Lung and Allergy Center (PLAC)
 Pediatric Infectious Disease Group (PIDG) Pediatric and Adolescent Sleep Center (PASC) Pediatric Surgical Group (PSG)

2. Seleccione la manera que prefiere: Papel USB Flash Drive (solamente para los records de PLAC y PASC)

3. Marque la casilla que indique cómo le gustaría recibir los records y llenar la información requerida.

Correo a mi dirección de casa: _____
nombre de calle Ciudad Estado código postal

Recoger (requiere foto-ID a la hora de recoger).

Faxear a _____ (formato de papel –Entiendo que la información faxeada tiene un riesgo de ser accedida inapropiadamente por otros si la máquina de fax no está en un lugar seguro). Si esta de acuerdo, **poner sus iniciales aquí:** _____.

Correo electrónico a _____ (Con el pover de mi correo electrónico eligo una comunicación de correo encriptado. Si eligo un correo ecriptado, entiendo que hay un riesgo que pueda ser accedida inapropiadamente.)

Si está de acuerdo, poner sus iniciales aquí: _____.

Revisar en persona (Se requiere enseñar una foto de identificación a la hora de recoger). Cualquier revisión *de los records del paciente serán conducida en la presencia de un trabajador de FNA, P.C.* Por favor proveer número de teléfono para contactarlo y programar una cita. (_____)_____

4. Marque la casilla(s) indicando los tipos de records y las diferentes fecha(s) de servicio que requiere.

REQUERIDO: Fecha(s) o fecha de servicio que solicita: Nota de última visita Las 3 últimas visitas _____

- Visita/Notas de oficina Reportes de diagnóstico por imágenes Resultados del estudio del sueño Otros, describir: _____
 Consultas Exámen de función pulmonar Reporte de patología _____
 Reportes de laboratorio Notas operativas Estado de la cuenta _____

Conocimiento: Estoy presentando este formulario para pedir el acceso, u obtener una copia mia o los records médicos de mi hijo menor de edad hechas por el sitio de práctica(s) indicada arriba. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa basada en las copias de los records. Las tarifas de correo también se pueden cobrar. Mi petición será procesada dentro de 30-días desde dar recibo a mi petición al lugar de práctica. Si la práctica no mantiene mis records, seré informado dónde dirigir mi petición.

Firma del paciente o el representante personal del paciente _____
Fecha

Escriba el nombre del representante personal del paciente (si es aplicable) _____
Relación con el paciente (si es aplicable)

OFFICE USE ONLY (Uso sólo DE OFICINA)

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

Complete one of the following:

- Records were Mailed Emailed Faxed on _____ (date) and by _____ (employee name).
- Records were Picked-up Reviewed in-person on _____ (date) and by _____ (patient/personal presentative name).
 Photo-ID verified by:_____. Review of records conducted in presence of _____ (employee name).
- Access to Medical Records was denied Reason for denial: _____ (**Contact Compliance Director**)

Notes: _____

Instrucciones Para Completar La Solicitud para Obtener y/o Revisar una Copia de Información Protegida

Por favor completar este formulario si desea recibir records médicos para su hijo menor de edad. Escribir elegiblemente la información de la solicitud para poder identificar al paciente adecuadamente.

1. Marcar ✓ en la casilla del sitio de práctica donde está solicitando revisar y/u obtener una copia de su expediente médico o la de su hijo.
 - Escribir el nombre completo del paciente, incluyendo la inicial del segundo nombre y cualquier otros nombres usados. Escribir un número de teléfono para contactarlo, si tenemos preguntas o cuando los records estén listos para recogerlos.
 - Escriba la fecha de nacimiento del paciente.
2. Si esta solicitando records del **Pediatric Lung and Allergy Center** o el **Pediatric and Adolescent Sleep Center**, tiene la opción de recibir sus o los records de su hijo en papel o USB flash drive (electrónico) formato. Si solicita records en un USB flash drive, por favor sepa que nosotros no protegemos la palabra clave o encriptada. Usted será responsable por la seguridad del dispositivo una vez que se encuentre en sus manos.

NOTA: Los records médicos proporcionados en papel o formato electrónico son su responsabilidad para la autorización segura de acceso.

3. Marcar ✓ en una casilla para indicar cómo desea recibir la información que solicita y llenar toda la información que se le pide.
 - Si le gustaría los records **por correo** de casa, proporcione su dirección completa, incluyendo su nombre de calle, ciudad, estado, y código postal.
 - Si le gustaría los records por correo electrónico o **fax**, proporcione su correo electrónico completo o su número de fax. Ponga sus iniciales que indique que está de acuerdo y acepta el riesgo potencial asociado en recibir el PHI por correo electrónico o por fax.
 - Si le gustaría personalmente **recoger** los records, proporcione un número de teléfono de contacto cuando estén listos para recogerlos. Va requerir mostrar una foto de identificación antes de entregar los records.
 - Si le gustaría **revisar** los records en persona, proporcione un número telefónico para contactarlo y programar una cita. Requerimos que uno de nuestros empleados estén presente durante la revisión de los records. Una foto de identificación es requerida antes que revise los records.
4. Seleccione los tipos de los records médicos que está solicitando. Si uno de los records que solicita no esta en la lista, dar una descripción de esos records donde dice, "Otros".
 - Proporcione la fecha(s) de servicio o el día de arreglo para la solicitud de los records.

Firme su nombre en la línea de "firma". Indique la fecha en la cual esta firmando el formulario. Escriba su nombre debajo de su firma. Si usted no es el paciente, mencione la relación con el paciente.

Si tiene preguntas acerca del acceso de los records médicos del paciente, por favor llame al sitio de práctica donde los servicios fueron recibidos. Puede faxear su formulario completo al sitio de la práctica donde se recibieron los servicios. Si tiene preguntas acerca de los records de facturación, llamar a Fairfax Neonatal Associates, P.C. Billing Office al (703) 289-1450 para hablar con un representante de facturación.

Fairfax Neonatal Associates Teléfono: (703) 289-1400 Fax: (703) 289-1414	Pediatric Lung and Allergy Center Teléfono: (703) 289-1410 Pulmonology Fax: (855) 208-6095 Allergy Fax: (855) 208-6277
Pediatric Infectious Disease Group (practice closed in 09/2014) Teléfono: (703) 289-1400 Fax: (703) 289-1414	Pediatric Surgical Group Teléfono: (703) 560-2236 Fax: (855) 208-6018
Pediatric and Adolescent Sleep Center Fairfax Location - Teléfono: (703) 226-2290 Fax: (855) 208-6428	Fairfax Neonatal Associates, PC Billing Office Teléfono: (703) 289-1450 Fax: (703) 289-1414

