

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Conforme lo estipula la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (en inglés *Health Insurance Portability and Accountability Act* o *HIPAA*), solicito que Lee Health me proporcione acceso a mi información sobre la salud conforme se describe a continuación. Comprendo que seré contactado(a) en conexión con las cuotas que se me cobrarán para satisfacer esta solicitud y que yo tendré la oportunidad de modificar o retirar mi solicitud si no deseo pagar esas cuotas.

**Tipo de acceso solicitado. Marque todo lo que aplique a la solicitud de acceso que usted está realizando:**

- Solicito que me proporcionen una copia de mi información sobre la salud solicitada por correo postal de los EEUU a la dirección abajo indicada.
- Solicito que proporcionen una copia de mi información sobre la salud solicitada por correo postal de los EEUU a la(s) tercera(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) y direcciones es/son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Solicito que me envíen a mí o a una tercera persona mi información sobre la salud solicitada mediante entrega electrónica (es necesario completar una forma adicional).
- Solicito que envíen mi información sobre la salud solicitada a mi cuenta MyChart.
- Quiero inspeccionar (leer) mi información sobre la salud dentro de las instalaciones de Lee Health. Lee Health lo(a) contactará para determinar una fecha, hora y ubicación conveniente para usted.

**Si es por correo, por favor indique el formato de la información solicitada:**  Papel o  CD

**Describa la información solicitada:**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas del Dept. de Emergencias | <input type="checkbox"/> Consulta                | <input type="checkbox"/> Notas de consultorio del                              | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones                          |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta               | <input type="checkbox"/> Ordenes del médico      | <input type="checkbox"/> Registro de operación                                 | <input type="checkbox"/> Resultados del VIH<br>(Prueba del SIDA) |
| <input type="checkbox"/> Historial & examen físico      | <input type="checkbox"/> Notas del progreso      | <input type="checkbox"/> Reporte de patología                                  | <input type="checkbox"/> Resultados de<br>laboratorio            |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de radiología          | <input type="checkbox"/> Pruebas<br>diagnósticas | <input type="checkbox"/> Pruebas psiquiátricas<br>/psicológicas (salud mental) |  |
- Otro: \_\_\_\_\_

**Esta solicitud es para la(s) siguiente(s) fecha(s) de tratamiento:**

\_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: \_\_\_\_\_

Representante personal\*: \_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Autoridad

\_\_\_\_\_  
Número telefónico

\_\_\_\_\_  
Dirección

*\*Si es firmado por un representante personal, por favor anexe una copia del documento que lo autoriza a usted para actuar en representación del paciente.*

Puede enviar este formulario por fax al (239) 343-4189 (Divulgación de información) o entregarlo personalmente en un centro de Lee Health.



Usted ha solicitado una copia electrónica de sus expedientes médicos. *CIOX Health* facilitará, bajo acuerdo con este proveedor de cuidados a la salud, la entrega de sus expedientes con base en su solicitud para el acceso.

Usted recibirá un correo electrónico por parte de *CIOX Health*, a la dirección de correo electrónico que usted ha proporcionado, el cual incluirá instrucciones detalladas sobre cómo acceder sus expedientes electrónicos a través de un portal de Internet seguro. Una vez que usted haya recibido la notificación por correo electrónico por parte de *CIOX Health*, el expediente médico estará disponible durante 90 días a través del portal de Internet. Si no accede el expediente durante ese periodo de tiempo, será borrado del portal. Si usted necesita el expediente después de ese periodo de tiempo, usted debe volver a presentar su solicitud de acceso al establecimiento de cuidados a la salud.

Para acceder el expediente electrónicamente, su computadora debe reunir o exceder estos requisitos:

- Plataforma Windows o Mac
- Pentium 3 o mac G3 o mayor
- Por lo menos 128 MB de RAM
- Internet Explorer 6.0 o 7.0 con paquete de cifrado de 128-bit o Netscape 4.77
- Modem de por lo menos 56K; sin embargo, se recomienda DSL o línea T1
- Adobe Reader (la última versión está disponible gratuitamente a través de [www.adobe.com](http://www.adobe.com))
- Impresora de 200 dpi (o mayor) (para imprimir los expedientes)

La regulación de los pagos varia de estado a estado, por tanto, dependiendo de la ubicación del establecimiento médico de la cual usted está solicitando expedientes, puede haber un cargo asociado con este servicio. Si ese es el caso, es posible que usted reciba una factura por parte de *CIOX Health* junto con el expediente médico.

Si usted tiene alguna pregunta o si desea saber el estado de su expediente médico, por favor llámenos directamente al (800)367-1500, #4.

Atentamente,  
*CIOX Health*





- Si solicito que mis expedientes médicos sean enviados a una dirección de correo electrónico inseguro en vez de a través del servicio en línea de Entrega Electrónica de *CIOX Health*, yo estoy aceptando el riesgo de usar un correo electrónico inseguro. A continuación se proporciona una lista no exclusiva de los riesgos asociados con el uso de un correo electrónico inseguro para la entrega de expedientes médicos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha:/Hora: \_\_\_\_\_

### **RIESGOS CAUSADOS POR EL USO DE UN CORREO ELECTRÓNICO INSEGURO PARA LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS**

El correo electrónico es inherentemente inseguro a menos que sea completamente cifrado requiriendo el uso de una fuerte verificación y protección con contraseña. La mayoría de los correos electrónicos no cumplen con esos estándares. Como resultado, cuando nosotros enviamos sus expedientes médicos a través de un correo electrónico inseguro, la información que se envía no se encuentra cifrada. Esto significa que es posible que un tercero sea capaz de acceder la información y leerla ya que es transmitida mediante Internet. Además, una vez que usted reciba el correo electrónico, es posible que alguien sea capaz de acceder su cuenta de correo electrónico y leerlo. A continuación se encuentran algunos, aunque no son todos, de los muchos riesgos que conlleva el uso de un correo electrónico para comunicar información médica delicada.

- El correo electrónico puede reenviarse, imprimirse, y guardarse en numerosos formatos electrónicos y en papel, y puede ser recibido por muchos destinatarios intencionados o no intencionados sin el conocimiento o el consentimiento de usted.
- Los correos electrónicos pueden ser enviados a la dirección errónea por cualquier remitente o destinatario.
- Es más fácil falsificar correo electrónico que los papeles escritos a mano o firmados.
- Pueden existir copias del correo electrónico aun después de que el remitente o el destinatario haya borrado su copia.
- Los proveedores de servicio de correo electrónico tienen derecho a archivar e inspeccionar correos electrónicos enviados a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado, o usado sin detección o autorización.
- El correo electrónico puede propagar virus de computadora.
- La entrega de correo electrónico no está garantizada.
- El correo electrónico puede usarse para el fraude electrónico (en inglés *Phishing*). El *Phishing* es una técnica para obtener información personal delicada haciéndose pasar por un remitente confiable.

**SECCIÓN PARA REVISIÓN:** (Esta sección la debe completar el Revisor)

<b>Fecha de recepción:</b>	<b>Revisado por:</b>
<b>Director del Departamento:</b>	<b>Fecha de revisión:</b>

Decisión del Revisor: Otorgar la solicitud de acceso \_\_\_\_\_ Denegar la solicitud de acceso \_\_\_\_\_

Comentarios del Revisor (razón para la denegación):

---

---

---

---

---

Solicitud de extensión de fecha límite:  Sí  No \_\_\_\_\_  
Fecha

Razón para la extensión:

---

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde y firma del Revisor Fecha

Si no está de acuerdo con nuestra decisión con respecto a su solicitud de acceso a su información médica protegida, puede enviar una queja por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a CORREOS Box 2218, Fort Myers, FL 33902, o enviar un correo electrónico a [PrivacyOfficer@LeeHealth.Org](mailto:PrivacyOfficer@LeeHealth.Org). Si necesita ayuda, puede llamar al Oficial de Privacidad al (239) 343-8608.