



AUTORIZACION SOLICITUD/INFORMACION DE SALUD PROTEDIGIDA EXPEDIENTE DE SALUD

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Número de Expediente de Salud: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal: _____

Código Postal _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Solicito la siguiente información de mi expediente de salud correspondiente al servicio recibido en el la Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe (CCPRC).

Fechas de Servicio Solicitado: _____
Desde (día-mes-año) _____ Hasta (día-mes-año) _____

Nivel de Servicio Solicitado: Hospitalización (IPD); Laboratorio Invasivo (SDS/ LI); Sala de Emergencia (CEC/SE)

Propósito de las Copias Continuidad de Tratamiento Solicitud Dr. _____ Seguro Social

Seguros/Certificación do Estadia Otros: _____

Tipo do información solicitada: (Especifique Formularlos)

Reporte de Procedimientos: Invasivo Cirugia/ Otros _____

Patologías Consultas Resumen de Alta

EKG ECHO LABS RAYOS X Otros estudios _____

Imágenes en CD de _____

Expediente de Salud Completo Expediente de Salud Certificado

Certificación Médica / Formulario de Seguro

Resumen Abstracto de Información Clínica y Demográfica del Sistema de Información del CCPRC

Otros: _____

Como parte de la Información divulgada se podría incluir Notas de Uso o Abuso de Drogas o Alcohol, Resultados de Pruebas HIV o Enfermedades Sexualmente Transmisibles. Sí No

Autorizo a Recibir la Información Solicitada: Personalmente Correo Postal Correo Electrónico Cifrado

Correo Electrónico NO Cifrado- Paciente tiene que firmar el Relevo en la parte de atrás de la Autorización.

Entregar a mi Representante Autorizado Designado a continuación:

Nombre del Representante Autorizado o Delegado

Número de Teléfono del Representante Autorizado o Delegado

Relación con el paciente:





AUTORIZACION SOLICITUD/INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA EXPEDIENTE DE SALUD

Recibí Orientación referente a las Normas y Procedimientos de Suministro de Información de Salud de la Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe - Esta autorización sera válida sólo por sesenta (60) días a partir de la firma del solicitante.

Identificación con Foto Valida

Parentesco _____

Nombre Impreso Del Paciente O Representante Autorizado

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha/Hora

Para Uso Oficial

Entregado o Enviada Por: _____ Fecha de Entrega y/o Envío: _____

Recibido por: _____ Documentos Entregados o Enviados en: Papel; CD; Papel & CD;
 Email Cifrado Email NO Cifrado

"Entrado al Registro de Correspondencia Empleado: _____ (Iniciales del Empleado HIM)

Firma de Testigo

Fecha/Hora

ACUSE DE RECIBO DE EDUCACIÓN AL PACIENTE O FAMILIAR

Solicitud/Autorización De Información Protegida de Salud Expediente de Salud -La información del expediente de salud es confidencial, privilegiada y protegida por regulaciones Estatales y Federales.

Procedimiento para Obtener Copia de su Expediente de Salud:

Completar la forma SOLICITUD/AUTORIZACIÓN DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD -EXPEDIENTE DE SALUD por el paciente adulto o su representante autorizado. Puede solicitar este servicio a través del siguiente correo electrónico: solicitudinformacionrm@cardiovascular.pr.gov, o personalmente.

En casos pediátricos se requiere firma de Madre y/o Padre. En caso de que exista un documento de patria potestad para uno de los padres, deberá presentar dicho documento.

En fallecidos se requiere copia del certificado de defunción (en casos que la muerte haya sido fuera del Hopsital)y autorización de: familiar autorizado legalmente (viuda(o)). Los hijos, hijos biológicos o legalmente adoptados tienen derecho a la copia del expediente de salud, siempre y cuando puedan mostrar evidencia del parentesco. (presentar Certificado de Nacimiento)

Toda solicitud será atendida con prontitud; de estar disponible la información requerida podrá ser entregada al momento. Opciones disponibles en la que puede recibir su información: Correo electrónico cifrado el cual le provee mayor seguridad a su información de salud; Correo postal, a través del portal o Personalmente. El envío por correo electrónico siempre dependerá de la capacidad de memoria o volumen del documento solicitado

Las copias de la información del expediente de salud solicitado tendrán un periodo de espera aproximado de quince (15) días laborables a partir de la fecha de recibo de la solicitud; de surgir alguna irregularidad el personal de Manejo de Información de Salud se comunicará con usted.





AUTORIZACION SOLICITUD/INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA EXPEDIENTE DE SALUD

Toda solicitud debe estar acompañada por una copia de identificación con foto del paciente y de no ser el paciente el recipiente de la información se requerirá identificación con foto del representante autorizado y del paciente para solicitar o recibir las copias.

Educación Paciente y Familia:

- El Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe se encuentra en la implementación del expediente médico electrónico, por lo que mantiene sus expedientes médicos híbridos (papel y electrónico). Dependiendo de su solicitud usted podrá recibir la copia de su expediente médico en papel, CD o en papel y CD.
- Esta autorización será válida sólo por sesenta (60) días a partir de la firma del solicitante.
- Se mantendrán disponibles las copias pendientes de entrega por 60 días luego de la fecha de notificación para recogerse; luego del periodo de espera de 60 días serán destruidas. El paciente tendrá que comenzar nuevamente el proceso de solicitud de información de salud.
- El paciente o su representante autorizado por este medio relevan a la Corp. CCPRC de cualquier responsabilidad legal, incluyendo derechos de confidencialidad de la información, que pudiese surgir de la divulgación de esta información a terceras personas.
- Los costos por servicio de fotocopias del expediente clínico: para continuidad de tratamiento serán libre de costo las costo las primeras seis (6) páginas, luego de esto, por cada hoja fotocopiada se cobrará \$0.75 hasta un máximo de \$25.00. Las certificaciones y formularios de seguros tendrán un costo de \$5.00 y \$6.50 por copias en formato electrónico.
- El método de pago podrá ser: efectivo, cheque, giro o transacción electrónica realizada en la Caja Central.
- La Corp. del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe concede acceso a su información de salud a través del Portal del Paciente. El acceso será logrado mediante identificación del usuario único para cada individuo.
- Para más información puede comunicarse con el Depto. Manejo de Información de Salud al 787-754-8500
Extensiones: 1038 ó 1099 en horario de: Lunes, Martes y Jueves 8:30-1:00pm, Miércoles: 8:30- 3:30pm, (Viernes Cerrados).

Envío de PHI por mensaje electrónico NO Cifrado

- Acepto que mi información de salud solicitada sea enviada por correo electrónico NO cifrado aún reconociendo los riesgos de envío que existen de posible pérdida, robo luego del envío y de que un tercero pueda leer o acceder a su Información protegida de salud (PHI) mientras está en tránsito.

Recibí orientación referente a las Normas y Procedimientos de Suministro de Información de Salud de la Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe.

Parentesco

Nombre Impreso del Paciente Representante Autorizado

Firma del Paciente Representante Autorizado

Fecha/Hora

