

AUTORIZACIÓN SOLICITUD / INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA EXPEDIENTE DE SALUD

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Número de Expediente de Salud: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección de Postal: _____

Código Postal _____ Teléfono: _____ - _____ Correo electrónico: _____

Solicito la siguiente información de mi expediente de salud correspondiente al servicio recibido en el 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 de Estadía
 () Otros: _____

Tipo de Información solicitada: (Especifique Formularios)

- () Reporte de Procedimientos: ____ Invasivo ____ Cirugía 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.
 Si () No ()

Autorizo a recibir la información solicitada: () Personalmente () correo postal () correo electrónico cifrado () Correo electrónico no cifrado- Paciente firme el relevo parte de atrás de la autorización . () Entregar a mi representante autorizado designado a continuación:

Nombre _____ Número de Teléfono (____) - _____

Relación con el paciente: _____ Identificación con foto valida

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

Firma del paciente: _____ Identificación con foto valida

Firma representante autorizado o tutor: _____ Identificación con foto valida

En caso de menores de 21 años firman madre y/o Padre Identificación con foto valida

Nombre madre del menor _____ Firma madre del menor _____

Nombre padre del menor _____ Firma padre del menor _____

Para Uso Oficial

Entregado o Enviado 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: BL; MA ; CR ; WA; LR Iniciales: _____

ACUSE DE RECIBO DE EDUCACIÓN PACIENTE/FAMILIA

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/AUTORIZACION 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 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.

Toda solicitud debe estar acompañada de 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 al 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 primeras seis (6) páginas, luego de esto, por cada hoja fotocopiada se cobrará \$0.75c hasta un máximo de \$25.00. Las certificaciones y formularios de seguros tendrán un costo de \$5.00.
- El método de pago podrá ser: efectivo, cheque, giro o transacción electrónica realizada en la Caja Central.
- El 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: 1098, 1064-1038 en horario de: Lunes martes y jueves 8:30-1:00pm. Miércoles: 8:30- 3:30pm . Viernes Cerrado**

Envío de PHI por mensaje electrónico no cifrado

- () Acepto que mi información de salud solicitada sea enviada por ***correo electrónico no cifrado*** aun 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 del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe.

Firma del Paciente o representante autorizado: _____ Fecha: _____
(día-mes-año)