

SOLICITUD / AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD EXPEDIENTE DE SALUD

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____
(dd) (mm) (yyyy)
Número de Expediente de Salud: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
(dd) (mm) (yyyy)
Dirección de Postal: _____ Estado: _____
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)

Propósito de las Copias

Tipo de Información solicitada: (Especifique Formularios)

Como parte de la información divulgada se podría incluir notas de psicoterapia, uso o abuso de drogas o alcohol, resultados de pruebas HIV o enfermedades sexualmente transmisibles. Si () No ()

Autorizo a recibir la información solicitada:

Nombre _____ Número de Teléfono (____)- _____

Relación con el paciente: _____ Identificación con foto validada

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 validada

Firma representante autorizado o tutor: _____ Identificación con foto validada

En caso de menores de 21 años firman ambos padres: Identificación con foto validada

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

Entrado al Registro de Correspondencia Empleado: MV -MA -WA- LR- _____

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:

Realizar solicitud cumplimentando la hoja de 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: suministroinformacionrm@cardiovascular.pr.gov. o al correo postal: Atención: Depto. Manejo de Información de Salud, PO Box 366524, San Juan, PR 00936.

En casos pediátricos se requiere firma de ambos padres. En caso de no poder obtener la autorización, deberá presentar una Orden del Tribunal en original y con los sellos correspondientes. En caso de que exista un documento de patria potestad para uno de los padres, deberá presentar dicho documento y se requerirá la firma al padre autorizado en dicho documento.

En fallecidos se requiere copia 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, limitando el acceso solamente a usted, mediante contraseña enviada por el hospital; Correo electrónico sin cifrar (**este método aunque disponible podría poner en riesgo su información de salud, en caso de acceso por terceros no autorizados por usted**); Correo postal o Personalmente (para esta opción y para mayor seguridad y protección en la pandemia del Coronavirus un Coordinador se comunicará para programar la fecha, hora del recogido de su solicitud y las instrucciones para llegar a la facilidad).

Las copias de la información del expediente de salud solicitado tendrán un periodo de espera aproximado de quince (15) días laborables; 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 solicitante se requerirá identificación con foto del representante autorizado 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.
- El paciente o su representante autorizado por este medio relevan al CCCPRC 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: por cada hoja fotocopiada se cobrará .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: 1064-1038 en horario de 9 a 12m.**

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)