



Lo que necesito saber sobre la solicitud mis registros

1. Revise las *Preguntas frecuentes* y la información sobre la solicitud de sus registros.
2. Complete el formulario *Solicitud de acceso a la información de salud protegida (PHI)* en la página 3 y siga las instrucciones para presentar la solicitud de registros.

Preguntas frecuentes

¿Quién puede solicitar mis registros?

La persona que es el sujeto del registro médico, y el padre, la madre, el tutor legal o el representante personal, si corresponde, pueden solicitar el acceso a su registro médico. Todos los tutores legales o representantes personales que estén solicitando el acceso a su registro deben presentar una copia de los documentos judiciales de designación junto con la solicitud.

¿Cómo solicito mis registros?

Para solicitar sus registros es obligatorio una solicitud escrita, una firma autorizada y una identificación con foto. Si un tutor legal o un representante personal solicita los registros, la solicitud de los registros debe estar acompañada por los documentos judiciales de designación. Si la solicitud se envía por correo, la firma autorizada debe estar certificada por un notario. A este paquete de información se adjunta un formulario que usted puede completar para especificar las fechas de servicio y los registros a los que desea acceder. Puede llamar al Funcionario de privacidad de HIPAA al 303-504-6510 si tiene alguna pregunta.

¿Qué tan pronto puedo obtener los registros que estoy solicitando?

Cuando se presenta una solicitud escrita, el Funcionario de privacidad de HIPAA coordinará con los proveedores clínicos. El personal clínico determinará qué acceso a los registros de salud mental *se podrá otorgar o rechazar en algunos casos* de acuerdo con la ley de Colorado y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*).

El revisor determina si el acceso se otorgará en su totalidad, en forma parcial o si se rechazará. El Revisor debe proporcionar por escrito una notificación de aprobación total, aprobación parcial/rechazo parcial o rechazo total. MHCD indicará el o los motivos relacionados con cualquier rechazo en la notificación escrita.

¿Cuándo sabré si mi solicitud ha sido aprobada? ¿Cómo se me informará?

MHCD debe responder su solicitud en un plazo de 15 (quince) a 30 (treinta) días de haberla recibido. A veces se necesita tiempo adicional para completar la revisión. Si se necesitan 30 (treinta) días adicionales, el Funcionario de privacidad de HIPAA le informará por teléfono o por escrito. Cuando se haya tomado una determinación, usted recibirá una carta indicando la decisión del revisor.

¿Qué sucede si mi solicitud de acceso a los registros es rechazada?

El Funcionario de privacidad de HIPAA le enviará una carta indicando que la solicitud fue rechazada, en forma total o parcial y proporcionará el o los motivos del rechazo. Entiendo que de acuerdo a la ley de Colorado, el acceso a los registros de salud mental puede ser aceptado o rechazado en algunos casos. Usted podría tener derecho a solicitar una revisión del rechazo. Si desea que se revise el rechazo, debe presentar la solicitud por escrito. El Funcionario de privacidad de HIPAA le dará la solicitud a un Profesional de la salud certificado (Revisor), que no haya estado implicado en la decisión original de rechazar el acceso, para que lo revise. Cuando se haya completado la revisión, recibirá un aviso escrito del Funcionario de privacidad de HIPAA sobre la decisión del revisor.

¿Hay un costo?

Cuando solicita una copia de la información de salud protegida, hay un costo para hacer copias, materiales de oficina y gastos postales.

Ya sea en papel o en formato electrónico.

No hay un costo si elige inspección.

Inspección: Sin costo. La fecha, la hora y la ubicación para ver el registro serán acordadas con usted por el Funcionario de privacidad de HIPAA o persona designada.

Copias impresas en papel: El costo se calcula por el material de oficina y la mano de obra que no excedan \$25.00, se aplican cargos postales por el envío por correo.

Formato Compacto de Disco Electrónico (CD): La tarifa fija es \$6.50

Correo seguro: La tarifa fija es \$6.50. Se pueden enviar copias electrónicas a través de correo electrónico seguro compatible.

Cómo completar una *Solicitud de acceso a la información de salud protegida*

1. Complete cada línea aplicable del formulario de solicitud.
2. Marque la información de registro específica a la que desea acceder.
3. Ingrese las fechas específicas de los servicios a los que desea acceder.
4. Firme el formulario. Solo el individuo, el padre, la madre, el tutor legal o el representante personal puede firmar el formulario. Todos los tutores legales o representantes personales deben presentar una copia de los documentos judiciales de designación junto con la solicitud.
5. Se debe realizar una verificación de la identidad. Traiga una identificación con foto, como la licencia de conducir o un documento de identidad expedido por el gobierno. Las solicitudes enviadas por correo deben contener una firma certificada por un notario.

Cómo presentar su solicitud

1. **Presentarla en su lugar de tratamiento.** Presente su identificación con foto y el formulario de solicitud firmado a su médico o al personal de la recepción. Además, todos los representantes personales o tutores legales deben presentar una copia de los documentos judiciales de designación con el formulario de solicitud.
2. **Entregarla personalmente a Registros médicos.**
Presente su identificación con foto, el formulario de solicitud firmado y, si corresponde, los documentos judiciales de designación al Departamento de registros médicos. Diríjase a la siguiente dirección.
3. **Enviarla por correo a Registros médicos.**
Para procesar una solicitud enviada por correo es correo electrónico obligatoria la firma certificada por un notario. Además, todos los representantes personales, tutores legales o representantes designados por el tribunal deben presentar una copia de sus documentos judiciales de designación. Diríjase a la siguiente dirección.

Información de contacto de Registros Médicos

Mental Health Center of Denver
Health Information System Management
Attn: Custodian of Records
4141 East Dickenson Place
Denver, CO 80222



Teléfono: (303) 504 - 6510



Fax: (303) 504 - 6504



Correo electrónico: HISM_DL@mhcd.org



Solicitud de acceso a la información de salud protegida (PHI)

Nombre (sujeto de PHI): _____ Fecha de nac.: _____ N.º de ID de MHCD: _____
(sírvese escribir en imprenta)

Parte solicitante (si difiere de la anterior): _____ Relación: _____
(si corresponde, incluya una copia de la orden de designación del tutor o representante personal con esta solicitud).

Dirección de correo/Teléfono: Solicitante Representante Legal Designado*

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

*Designado. El solicitante o representante legal pueden solicitar que la PHI que se encuentra en el registro se dirija a otra persona designada por el individuo. La solicitud del individuo debe presentarse por escrito, estar firmada por el individuo y debe identificar claramente a la persona designada y el lugar donde se enviará la copia de la información de salud protegida.

Información solicitada:

Fechas del servicio: Desde: _____ Hasta: _____

<input type="checkbox"/> Evaluación Inicial	<input type="checkbox"/> Resumen de progreso del médico
<input type="checkbox"/> Informe del examen psicológico	<input type="checkbox"/> Resumen de progreso clínico
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Otro (si es necesario, use el reverso para especificar)	

Entiendo que de acuerdo a la ley de Colorado, el acceso a los registros de salud mental puede ser aceptado o rechazado en algunos casos.

[De qué forma desea acceder a su información protegida cuando finalice el proceso de aprobación, seleccione continuación](#)

Copias impresas en papel: El costo incluye los materiales de oficina y la mano de obra que no excedan \$25.00.

recogida de registros **registros por correo** se aplican cargos postales por el envío.

Copia electrónica: La tarifa fija es \$6.50

Disco Compacto (CD): La tarifa fija es \$6.50.

Correo electrónico seguro: La tarifa fija es \$6.50 Se pueden enviar copias a través de correo electrónico seguro compatible.

Inspección: Sin costo. La fecha, la hora y la ubicación para ver el registro serán acordadas con usted por el Funcionario de privacidad de HIPAA o persona designada.

Firma del solicitante o el tutor legal del solicitante

Fecha

 **Si este formulario se envía por correo, el formulario debe estar certificado por un notario.**

NOTE

To prevent delay in completing your request, access request forms that are sent by email or mail, must be notarized in order to confirm the identity of the requesting person.

NOTARY INFORMATION

State of Colorado)
) ss.
County of _____)
Subscribed and affirmed before me
this _____ day
of _____, 20 _____

Notary Signature

AVISO

Para prevenir retraso al completar su solicitud, los formularios de solicitud de acceso que se envíen por correo electrónico o por correo postal deben estar certificados por un notario para confirmar la identidad de la persona pidiendo la solicitud.