



Lo que necesito saber sobre solicitar mis expedientes

Revise las *Preguntas Frecuentes* y la información sobre la solicitud de su expediente. Complete el formulario *Solicitud de Acceso a Información Médica Protegida (PHI)* en la página 3 y siga las instrucciones para presentar la solicitud de expedientes.

Preguntas Frecuentes

¿Quién puede solicitar mis expedientes?

El individuo que es el sujeto del expediente médico y si corresponde, un padre, tutor legal o representante personal puede solicitar el acceso a su expediente médico. Cualquier tutor legal o representante personal que solicite acceso a su expediente debe presentar una copia de sus documentos de designación judicial junto con la solicitud.

¿Cómo solicito mis expedientes?

Se requiere una solicitud por escrito, una firma autorizada y una identificación con foto para solicitar sus expedientes. Si los expedientes son solicitados por un tutor legal o un representante personal, los documentos de designación judicial deben acompañar a la solicitud de expedientes. Puede llamar al Departamento de HISM al 303-504-6510 o envíe un correo electrónico a medrecords@mhcd.org con cualquier pregunta.

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

Una vez que se presente una solicitud por escrito, el equipo de HISM se coordinará con los proveedores clínicos. El personal clínico determinará qué acceso a los expedientes de salud mental puede ser concedido o denegado en algunos casos de acuerdo con la ley de Colorado y la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico). El revisor determinará si el acceso se concederá en su totalidad, en parte o si se negará. El revisor debe proporcionar, por escrito, un aviso de aprobación, aprobación en parte/denegación en parte o denegación. MHCD indicará en la notificación escrita la(s) razón(es) asociada(s) con cualquier denegación.

MHCD debe responder a su solicitud dentro de los (15) a treinta (30) días de haberla recibido. A veces se necesita tiempo adicional para completar la revisión. Si se necesitan treinta (30) días adicionales, será notificado por teléfono o por escrito por alguien del equipo de HISM. Una vez que se haya tomado una determinación, recibirá una carta en la que se indica la decisión del revisor.

¿Qué pasa si se deniega mi solicitud de acceso a los expedientes?

El Oficial de Privacidad de la HIPAA le enviará una carta indicando que la solicitud ha sido denegada, en su totalidad o en parte, y proporcionará la razón o razones de la denegación. De acuerdo con las leyes estatales y federales, el acceso a los expedientes de salud mental puede ser concedido o denegado en algunos casos. Puede tener derecho a solicitar una revisión de la denegación. Si desea que se revise la denegación, debe presentar la solicitud por escrito. El Oficial de Privacidad de la HIPAA pasará la solicitud a un Profesional de la Salud con Licencia (Revisor), que no estuvo involucrado en la decisión original de negar el acceso, para su revisión. Una vez que la revisión se haya completado, usted recibirá una notificación por escrito de la decisión del Revisor por parte del Oficial de Privacidad de la HIPAA.

¿Hay algún costo?

Cuando usted solicita una copia de la información médica protegida, se le puede aplicar una tarifa. Alguien del equipo de HISM le notificará si se aplica una tarifa y el total.

Inspección: Sin costo. La fecha, hora y lugar para ver el expediente será coordinado con usted por alguien del equipo de HISM.

Copias impresas en papel: El costo se calcula para los suministros y la mano de obra para que no exceda los \$ 25.00, gastos de envío se aplican para el envío por correo.

Disco compacto (CD): La tarifa plana es de \$6.50

Correo electrónico seguro: La tarifa plana es de \$6.50. Las copias electrónicas pueden ser enviadas a través de un correo electrónico seguro y compatible.

Cómo completar un formulario de solicitud de acceso a información médica protegida

1. Rellene cada línea aplicable en el formulario de solicitud.
2. Marque la información específica del expediente a la que desea acceder.
3. Escriba las fechas específicas de los servicios a los que desea acceder.
4. Firme el formulario. Sólo el individuo, el padre, el tutor legal o el representante personal puede firmar el formulario. Cualquier tutor legal o representante personal debe presentar una copia de sus documentos de designación judicial con la solicitud.
5. Se requiere la verificación de la identidad.

Como presentar su solicitud

1. Correo electrónico o fax

El formulario completo puede ser enviado a nuestro fax o correo electrónico, como se indica a continuación, con una copia de su identificación.

2. Entregar en su lugar de tratamiento.

Presente su identificación con foto y entregue el formulario de solicitud firmado a su proveedor clínico o al personal de recepción.

3. Entrega en mano en el edificio de registros médicos.

Diríjase a la oficina administrativa que figura a continuación y hágales saber que está solicitando copias de sus expedientes. Presente su identificación con foto y entregue el formulario de solicitud firmado.

4. Enviar por correo a registros médicos.

Envíe por correo su formulario completo y otros documentos pertinentes a la dirección que figura a continuación.

NOTA: Todo representante personal, tutor legal o representante designado por el tribunal debe presentar una copia de sus documentos de nombramiento judicial.

Información de Contacto

Mental Health Center of Denver
Health Information System Management
4141 East Dickenson Place
Denver, CO 80222

Teléfono: (303) 504-6510

Fax: (303) 504-6504

Correo Electrónico: medrecords@mhcd.org



Solicitud para el acceso a los historiales médicos

Fecha de la solicitud: _____

Información de la persona a quien servimos

Por favor, complete la siguiente información sobre la persona cuyo historial médico se solicita.

Nombre: _____ I.S.N.: _____ Apellido: _____
#ID MHCD: _____ FDN: _____ (mm/dd/aaaa)

Tipo de solicitud

Por favor, seleccione el tipo de acceso que está solicitando. Pueden aplicarse tasas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Copia impresa en papel | <input type="checkbox"/> Copia impresa en papel: certificada por un notario |
| <input type="checkbox"/> Copia electrónica: CD | <input type="checkbox"/> Copia electrónica: correo electrónico seguro |
| <input type="checkbox"/> Copia electrónica: Memoria portátil | <input type="checkbox"/> Consulta: Un representante de HISM se pondrá en contacto con usted para programar. |

Recibo

Por favor, seleccione cómo desea recibir sus copias. Déjelo en blanco si no corresponde.

- Correo postal Recogida Correo electrónico (*solo en PDF)

Información de tratamiento

(OPCIONAL) Por favor, seleccione el período de tiempo y/o programa(s) de los registros médicos a los que está solicitando acceso.

Fechas de servicio: Desde: _____ Programa(s): _____
Hasta: _____

Información solicitada

Por favor, seleccione a qué partes del registro médico está solicitando acceso.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Resúmenes psiquiátricos/médicos |
| <input type="checkbox"/> Evaluación inicial | <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Resúmenes de intervención en crisis |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica | <input type="checkbox"/> Notas residenciales | <input type="checkbox"/> Resúmenes del progreso en la psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio | <input type="checkbox"/> Información sobre el diagnóstico(s) | <input type="checkbox"/> Resúmenes de gestión de caso |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Información del Solicitante/Destinatario

Si solicita el acceso a los registros médicos en nombre de la persona a la que servimos o solicita que se le dé acceso a otra persona que no sea usted, rellene sus datos a continuación. Déjelo en blanco si no corresponde.

Nombre: _____ I.S.N.: _____ Apellido: _____
Organización: _____
Relación: _____

Información de contacto

De acuerdo con sus selecciones anteriores, por favor proporcione la información de contacto suya o de la persona designada.

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Firma del solicitante

Fecha