

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
**FORMULARIO DE SOLICITUD SOBRE  
LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE  
LOS PACIENTES SEGÚN LA HIPAA**

HIPAA Privacy Patient Rights



IDN13150017

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

**Place Patient Label**

**INSTRUCCIONES:** Como paciente, usted tiene derecho a acceder a la información de su expediente médico y a formular solicitudes relacionadas con esta información. Los derechos del/de la paciente a su disposición figuran abajo: por favor, verifique qué derechos desea usar. (Nota: Si quien realiza la solicitud es un representante personal, adjunte documentación que lo acredite como tal. Por ejemplo, un Poder o documentación relacionada con la Custodia).

Comunicados confidenciales     Solicitud de restricción     Explicación acerca de las divulgaciones     Solicitud de enmienda

Una vez completado, entregar el formulario a: **Rush University Medical Center, ATTN: Privacy and Security Office, 707 South Wood St., Suite 317, Chicago, IL 60612-3833, Teléfono: (312) 942-4416, Fax: (312) 942-6875.**

**NOTA:** Para inspeccionar su expediente en nuestro centro o solicitar una copia de su expediente médico, comuníquese con Rush Health Information Management Office a través del (312) 942-7262 (teléfono)/(312) 924-2264 (fax). También puede realizar una solicitud enviando un formulario Rush MR1928 a: Rush University Medical Center, ATTN: Health Information Management Office, 1611 West Harrison St., L1, Suite 001, Chicago, IL 60612.

**SECCIÓN A – INFORMACIÓN PERSONAL**

Información del/de la paciente: provea la siguiente información sobre el/la paciente:

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Dirección	Ciudad	Estado
Código postal	XXX - XX - _____ Últimos 4 dígitos de Seguridad Social	Fecha de nacimiento
Firma del/de la paciente	Fecha de solicitud	Número de teléfono

Representante personal: si usted es el representante personal del paciente, proporcione su información:

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Dirección	Ciudad	Estado
Código postal	Teléfono	Fecha de nacimiento
Firma del representante personal	Fecha de solicitud	Relación con el/la paciente

**SECCIÓN B – DERECHOS DEL/DE LA PACIENTE**

**COMUNICADOS CONFIDENCIALES (Verifique si está haciendo valer este derecho).**

Tiene derecho a solicitar que le comuniquemos sobre parte o toda la información de salud protegida por medios alternativos o en un lugar alternativo. (Nota: Esta solicitud se limita al departamento al que usted hace el pedido). Para hacer valer este derecho indique el departamento y complete abajo:

Nombre del departamento \_\_\_\_\_ Ubicación del departamento \_\_\_\_\_

Identifique la información de salud protegida que desea someter a comunicados confidenciales:

Resultados del laboratorio     Factura  
 Información sobre el tratamiento     Otro: (por favor, explique): \_\_\_\_\_

¿Cómo desea ser contactado por este departamento?     Teléfono     Correo

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
**FORMULARIO DE SOLICITUD SOBRE  
LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE  
LOS PACIENTES SEGÚN LA HIPAA**

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

**Place Patient Label**

\_\_\_\_\_ **SOLICITUD DE RESTRICCIÓN (Verifique si está haciendo valer este derecho).**

Tiene derecho a solicitar que Rush limite el uso y/o la divulgación de su información de salud protegida, incluso el tratamiento, el pago o nuestras operaciones de atención de la salud. Por favor, especifique el tipo de información de salud protegida que desea restringir y las fechas de la información:

\_\_\_\_\_ Resultados del laboratorio

\_\_\_\_\_ Factura

\_\_\_\_\_ Información sobre el tratamiento

\_\_\_\_\_ Otro: (por favor, explique): \_\_\_\_\_

Fechas de la información \_\_\_\_\_

Establezca la restricción que desea que aplique a la información de salud protegida:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **EXPLICACIÓN ACERCA DE LAS DIVULGACIONES (Verifique si está haciendo valer este derecho).**

Tiene derecho a una explicación acerca de las divulgaciones que Rush o sus asociados comerciales han realizado sobre su información de salud protegida. Cada doce meses, tiene derecho a una explicación sobre las divulgaciones. Rush le cobrará por página \$ \_\_\_\_\_ por cada explicación adicional de divulgación que usted solicite en el mismo periodo de doce meses. Para recibir una explicación acerca de las divulgaciones, proporcione las fechas de las divulgaciones que desea que justifiquemos.

De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **SOLICITUD DE ENMIENDA (Verifique si está haciendo valer este derecho).**

Tiene derecho a solicitar que Rush cambie o enmiende su información de salud protegida que se encuentra en los expedientes médicos de Rush. Rush puede aprobar o no la solicitud dependiendo las circunstancias. Especifique los expedientes que desea enmendar, como así también la enmienda que desea realizar:

\_\_\_\_\_ Resultados del laboratorio

\_\_\_\_\_ Factura

\_\_\_\_\_ Información sobre el tratamiento

\_\_\_\_\_ Otro: (por favor, explique): \_\_\_\_\_

Establezca las razones para la solicitud de enmienda:

\_\_\_\_\_