



SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD INCLUIDA EN UN GRUPO DESIGNADO DE REGISTROS SAHS-1317

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono: _____

Quiero obtener registros de la clínica:

- Saint Alphonse Regional Medical Center (Boise)
- Saint Alphonse Medical Center – Nampa
- Saint Alphonse Medical Center – Ontario
- Saint Alphonse Medical Center – Baker City
- Saint Alphonse Medical Group _____
- South Nampa Neighborhood Hospital/Emerus

Por favor entregar/enviar los registros solicitados a:

- El paciente/A mí
 - Otra persona (Nombre) _____
- Dirección postal: _____
- Teléfono: _____ Fax: _____

Me gustaría recibir mi información por medio de (escoja un método):

- Copias en papel CD electrónico Revisión únicamente (solo por cita)
- Correo electrónico (dirección de correo electrónico personal únicamente) _____
(Recibirá un mensaje electrónico de webmaster@mrocorp.com)

Quiero obtener la siguiente información incluida en mi grupo designado de registros:

<p>TIPO/FECHAS DE SERVICIO Entre las siguientes fechas:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cirugía con/sin hospitalización (Inpatient/Outpatient Procedure) <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias (Emergency Room) <input type="checkbox"/> Visita ambulatoria de diagnóstico (Outpatient Diagnostic Visit) <input type="checkbox"/> Notas de consultorio clínico (Clinic Office Notes) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ (Other-specify) 	<p><input type="checkbox"/> Grupo pertinente de registros: (o solo lo especificado):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Resumen del alta (Discharge Summary) <input type="checkbox"/> Historia y examen físico (History and Physical) <input type="checkbox"/> Informe médico sala de emergencias (ER Physician Report) <input type="checkbox"/> Consultas (Consultations) <input type="checkbox"/> Notas de operación/cirugía (OP/Procedure Note) <input type="checkbox"/> Informe de patología (Pathology Report) <input type="checkbox"/> Todos los exámenes ambulatorios de diagnóstico (All outpatient diagnostic tests) <input type="checkbox"/> _____ 	<p><input type="checkbox"/> Examen ambulatorio de diagnóstico (o solo lo especificado)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Laboratorio (Laboratory) <input type="checkbox"/> Radiografías/Tomografía computarizada/Imagen de resonancia magnética (X-rays/CT Scans/MRI) <input type="checkbox"/> Ecografía (Ultrasound) <input type="checkbox"/> Electrocardiograma/Estudio vascular (EKG/Vascular Study) <input type="checkbox"/> Ecocardiograma (Echocardiogram) <input type="checkbox"/> Electroencefalograma (EEG) <input type="checkbox"/> Estudio del sueño (Sleep Study) <input type="checkbox"/> Examen pulmonar (Pulmonary Test) <input type="checkbox"/> _____ 	<p>Por favor incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología/CD (Radiology Images/CD) <input type="checkbox"/> Registros detallados de facturación (Itemized Billing Records) <input type="checkbox"/> Historial médico completo – Podrían aplicar costos (Complete Medical Record - Fees may apply) <p>Otras instrucciones: (Other Instructions)</p>
--	---	---	--

Costos por la información: La primera copia de su grupo pertinente de registros y/o resultados de exámenes ambulatorios de diagnóstico no tiene ningún costo. Si pide una copia de su historial médico completo, puede que cobre una cantidad razonable según lo permitan los reglamentos de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA en inglés). Para tramitar la mayoría de solicitudes de registros, Health Information Management utiliza un servicio llamado MRO. Si sus copias se tramitan mediante este servicio, MRO le enviará a usted el cobro directamente. Usted puede pedir que se le notifique cuáles serán los costos de sus registros antes de aprobar su envío.

Información sobre sus derechos de acceso a información: Excepto por ciertas circunstancias limitadas, usted podrá acceder a sus registros. Responderemos su solicitud dentro de 3 días (o 60 si se requiere tiempo adicional para obtener los registros) a partir del día en que recibamos este formulario completado. En ciertas situaciones podríamos negar su solicitud, pero si eso ocurre, le informaremos por escrito cuáles fueron las razones y le explicaremos qué derechos tiene para pedir una revisión del caso.

Por la presente solicito acceder a mi información de salud incluida en los registros de Saint Alphonse tal como se indica arriba. Autorizo la entrega de cualquier información incluida en dichos registros relacionada con el tratamiento de alcohol y drogas, afecciones relacionadas con el uso de drogas, alcoholismo, afecciones psiquiátricas/psicológicas, tratamiento psiquiátrico/de salud mental y/o afecciones relacionadas con el VIH.

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Nombre del representante personal en letra de imprenta (si no firmó el paciente)

Autoridad para actuar como representante (Requiere documentación)

Mailed Pick up Page Count: _____ Cost: \$ _____ Release by: _____ Date: _____

FIN: _____ MRN: _____

MRO Log ID: _____

ID verified: Type _____ By (initials): _____



* S A H S - 1 3 1 7 *

— Important Information —

Saint Alphonsus Health System, Inc. honors the sacredness and dignity of every person, complies with applicable Federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of protected classes, including but not limited to, race, color, national origin, age, disability, or sex.

Saint Alphonsus Health System, Inc.:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats such as large print, audio, accessible electronic and other formats
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact our Community Services Coordinator at 1-866-727-6248.

If you believe that Saint Alphonsus Health System, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance in person, by mail, fax or email to:

- Patient Relations Coordinator,
1055 N Curtis Road, Boise, Idaho 83706
- Phone: 208-367-6226 | Fax: 208-367-8181
- Email: BO-PatientRelations@saintalphonsus.org

If you need help filing a grievance the Patient Relations Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the US Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights electronically via web, by mail or phone to:

- US Department of Health & Human Services,
200 Independence Avenue, SW, Room 509F,
HHH Building, Washington, DC 20201
- Web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Phone: 1-800-368-1019 | TTY 1-800-537-7697

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث أكثر اللغ، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.
1-866-727-6248 -اتصل بـرقم 1-844-801-7932 -رقم هاتف الصم والبكم: 2397-108-448-1.

Nepali

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपाईंको नम्रि भाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस्
1-866-727-6248 टिक्वः 1-844-801-7932 ।

Burmese

သတိ။ ။ သင် [ဗမာစကား] ပြောရင် ဘာသာစကားအတွက် အကူအညီပေးတဲ့ဝန်ဆောင်မှု အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါတယ်။ 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932 ကို ဖုန်းဆက်ပါ။

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 1-866-727-6248 телатаип: 1-844-801-7932.

Chinese

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。
請致電 1-866-727-6248 TTY:1-844-801-7932。

Serbo-Croatian

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-866-727-6248 TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-844-801-7932.

Farsi

توجہ: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبان‌ی بصورت رایگان برای شما
6248-727-866-1 فراهم می باشد. 2397-108-448-1. فون بک کریں۔

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.
Appelez le 1-866-727-6248 ATS : 1-844-801-7932.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932.

Japanese

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932 まで、お電話にてご連絡ください。

Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی چند کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال
8426-727-668-1 کریں 2397-108-448-1

Karen

လံသုာ်လံသး မုာ်နုတ်တံာ်ပုာ်ကညိကုာ်အကိးလိတ်မိနိာ်ဂံ 1-866-727-6248
TTY: 1-844-801-7932. မာ်စာ်နိသုာ်ဒီးစုတ်လိာ်ဘာ်မုာ်အကလိာ်.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
Gọi số 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932.

Kirundi

ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-866-727-6248 TTY: 1-844-801-7932.