

### Solicitud de Acceso

#### ¿Qué es una solicitud para acceder el registro médico?

Cuando una persona solicita acceso para ver o recibir copias de su información medica documentada.

#### ¿Cuáles son las opciones de acceso?

**Lectura** - Se puede programar una hora y una fecha para ver los registros de salud en persona en nuestra oficina de Dickenson o a través de una reunión virtual.

**Copias** - Se puede proporcionar el registro médico completo, o ciertas partes de él, en el formato y en el lugar de su elección.

#### Opciones de formulario y formato:

- Envío electrónico\* por correo electrónico seguro o e-fax
- Electrónico\* en CD enviado por correo certificado o recogido personalmente
- Electrónico\* en USB enviado por correo certificado o recogido personalmente
- Impreso enviado por correo o recogido personalmente

\*Las copias electrónicas están en formato PDF y requerirán un programa de lectura de PDF para verlas.

**Portal en línea** - Para más información, por favor vaya a:

[www.wellpower.org/telehealth/#app](http://www.wellpower.org/telehealth/#app)

#### ¿Tengo que pagar algo por una solicitud de acceso?

Tal vez. Si se aplican cargos, se proporcionará una factura con el total y las instrucciones para realizar el pago. El pago se debe recibir antes de que se entreguen los registros médicos.

WellPower es una organización sin ánimo de lucro centrada en el bienestar y el servicio del área de Denver y sus alrededores. Las tarifas aplicadas a su solicitud ayudan a seguir apoyando esos servicios para la comunidad.

FORMA Y FORMATO	TASA
<b>Lectura</b>	Ningun cargo
<b>Copias</b>	
<b>Correo electrónico seguro*</b>	\$6.50 cargo
<b>Disco compacto*</b>	\$6.50 cargo
<b>Unidad USB (Jump Drive) *</b>	\$6.50 cargo

**Copia en papel** Los cargos se calculan en base al costo de los materiales y la estampilla, nunca excederá \$25. Las copias impresas también pueden certificarse ante un notario, si es necesario, con un costo de \$10 por sección.

\*Las copias electrónicas están en formato PDF y es necesario disponer de un software de lectura de PDF para poder verlas.

TIPO DE DOCUMENTO	TASA
Documentación administrativa	Ningún cargo
Resumen de servicios	Ningún cargo
Lista de medicamentos	Ningún cargo
Resultados de laboratorio	Ningún cargo
Documentos sobre el diagnóstico	Ningún cargo
Reporte (neuro)psicológico	Ningún cargo para la primera copia

\*\* pueden aplicarse otras excepciones

### Solicitud de un Tercero

#### ¿Qué es una solicitud de registros médicos por parte de un tercero?

Cuando una persona solicita el envío de su historial médica a otra persona y/u organización, como un abogado, un proveedor médico externo, la administración de seguro social, aseguranza médica, etc.

#### ¿Cuáles son las opciones para la solicitud de registros de terceros?

**Copias** - Se puede proporcionar todo el registro médico, o ciertas partes de él, en el formato y en el lugar de su elección.

#### Opciones de formulario y formato:

- Envío electrónico\* por correo electrónico seguro o e-fax
- Electrónico\* en CD enviado por correo certificado o recogido personalmente
- Electrónico\* en USB enviado por correo certificado o recogido personalmente
- Impreso enviado por correo postal o recogido personalmente

\*Las copias electrónicas están en formato PDF y requerirán un programa de lectura de PDF para verlas.

#### ¿Tengo que pagar algo por una solicitud de un tercero?

Si la solicitud es para enviar registros a un tercero, se aplican tarifas según las regulaciones del estado de Colorado y el tercero debe pagarlas. Si se aplican tarifas, se proporcionará una factura con el total e instrucciones sobre cómo realizar el pago. El pago debe recibirse antes de que se divulguen los registros de salud.

WellPower es una organización sin fines de lucro enfocada en el bienestar y el servicio del área metropolitana de Denver. Las tarifas aplicadas a su solicitud ayudan a continuar brindando esos servicios a la comunidad.

Las tarifas no se aplican a las solicitudes:

- A otros proveedores de atención médica
- A los departamentos/tribunales de libertad condicional o libertad bajo palabra
- Al departamento de servicios humanos
- Para otorgar a los beneficiarios de la Ley de Discapacidad Laura Hershey ("LHA")
- Por orden judicial

\*\*Pueden aplicarse excepciones adicionales.

## ¿La solicitud puede ser rechazada?

Sí. Algunas solicitudes de acceso son revisadas por profesionales de la salud mental designados que determinan si la solicitud será aprobada en su totalidad, aprobada en parte o rechazada. Las leyes estatales y federales establecen condiciones específicas para autorizar o rechazar el acceso a la información médica.

Si la solicitud ha sido rechazada en parte o en su totalidad, se notificará al solicitante. Si el rechazo es elegible para una apelación, el solicitante puede iniciar una solicitud de apelación comunicándose con el equipo de HISM. La información sobre cómo presentar una apelación se incluirá en la notificación de rechazo.

## ¿Quién puede autorizar una solicitud para acceder a los registros médicos?

A la persona que le corresponde la información médica o a su "representante personal", si es aplicable.

Un "representante personal" es cualquier persona que tenga autoridad legal para tomar decisiones sobre la atención médica de la persona, incluyendo los derechos de acceso al registro médico. Puede tratarse de la madre, padre o ambos padres (en el caso de los menores no emancipados) que tengan autoridad para tomar decisiones médicas, de un tutor legal designado por el tribunal, de alguien que tenga un poder de representación para la atención médica, etc.

Si es aplicable, y no esta archiva, se debe incluir con la solicitud la documentación de referencia, por ejemplo, el acta de nacimiento, la orden judicial o el poder notarial para la atención médica.

## ¿Cuánto tiempo hay que esperar?

Todas las solicitudes serán revisadas por el equipo de gestión de sistemas de información sanitaria ("HISM" por sus siglas en inglés) y se enviará una respuesta inicial en un plazo de diez (10) días hábiles. Las solicitudes pueden tardar entre quince (15) y treinta (30) días de calendario para completarla.

El tiempo requerido depende de la naturaleza de la solicitud, el número de solicitudes en espera, la necesidad de documentación adicional y, ocasionalmente, del personal. HISM notificará al solicitante si se necesita algo más, y/o más tiempo.

Si la solicitud depende de un plazo de tiempo determinado, es importante que nos permita el tiempo suficiente para completar su solicitud.

## ¿Cómo presento una solicitud de registros de salud?

### Solicitud de Acceso

Se debe presentar una solicitud por escrito al equipo de HISM. Hay dos opciones para hacerlo:

1. Complete y firme el formulario adjunto "solicitud de acceso a los registros médicos". También puede descargarse en línea en [www.wellpower.org/health-records](http://www.wellpower.org/health-records). Envíe el formulario completo al equipo de HISM por correo electrónico, fax, correo postal o en persona (la información de contacto se indica más abajo). Se debe incluir una copia legible del documento de identidad vigente emitido por el gobierno del solicitante para verificar la firma.
2. Complete y firme electrónicamente el formulario de "autorización para divulgar información médica protegida" en línea utilizando docusign. Puede hacerlo ingresando en [www.wellpower.org/health-records](http://www.wellpower.org/health-records) o poniéndose en contacto con el equipo de HISM para completarlo por teléfono.

Una vez que hayamos recibido el formulario completo, es posible que nos comuniquemos con usted para confirmar su solicitud, con cualquier pregunta, y/o para coordinar los próximos pasos.

### Solicitud de un Tercero

Se debe presentar una solicitud escrita al equipo de HISM. Hay tres opciones para hacerlo:

1. El tercero presenta directamente una solicitud de información por escrito a HISM (esta es la opción más común).
2. Completar y firmar a mano un formulario de "autorización para divulgar información médica protegida". Se puede descargar en línea en [www.wellpower.org/health-records](http://www.wellpower.org/health-records). Envíe el formulario completo al equipo de HISM por correo electrónico, fax, correo postal o en persona (la información de contacto se proporciona a continuación). Debe incluirse una copia legible del documento de identidad válido emitido por el gobierno del solicitante para verificar la firma.
3. Complete y firme electrónicamente el formulario de "autorización para divulgar información médica protegida" en línea utilizando docusign. Puede hacerlo poniéndose en contacto con el equipo de HISM para completarlo por teléfono.

## Información de Contacto

### Health Information Systems Management

4141 East Dickenson Place (Office 170), Denver, Colorado 80222

303.504.6510 teléfono principal | 303.504.6504 fax

HISM@wellpower.org | [www.wellpower.org/health-records](http://www.wellpower.org/health-records)



## Solicitud para acceder a los registros médicos

## Información de la persona a la que servimos

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

Nombre: \_\_\_\_\_ S.N.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 # ID WellPower \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

## Tipo de solicitud

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

- Copia electrónica: correo electrónico seguro (\*sólo en formato PDF)
- Copia electrónica: CD (\*sólo PDF)
- Copia electrónica: Jump Drive (\*sólo PDF)
- Copia impresa en papel
- Copia impresa en papel: certificada por notario
- Visualización: 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 es aplicable.

- Correo postal
- Recoger
- Correo electrónico (\*sólo para PDF)

## Información sobre el tratamiento

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

Fechas de servicio: Desde: \_\_\_\_\_ Programa(s): \_\_\_\_\_  
 Hasta: \_\_\_\_\_

## Información solicitada

Por favor, seleccione a qué partes del historial médico solicita acceso.

- Cuadro clínico completo
- Lista de medicamentos
- Resultados de laboratorio
- Información sobre el diagnóstico
- Otros: \_\_\_\_\_
- Prueba farmacogenómica
- Resúmenes de alta
- Evaluación de ingreso(s)
- Evaluación (Neuro)psicológica
- Notas del servicio residencial
- Resúmenes de gestión de casos
- Resúmenes de psiquiatría/médicos
- Resúmenes de intervención de crisis
- Resúmenes del avance de la psicoterapia

## Información de la persona que solicita el acceso

Si está solicitando acceso a los registros médicos en nombre de la persona que recibe los servicios, por favor, rellene su información a continuación. Deje en blanco si no corresponde.

**NOTA:** Se debe proporcionar la documentación de apoyo que acredite su autoridad legal para acceder a estos registros médicos, si no está ya archivada.

Nombre: \_\_\_\_\_ S.N.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Organización: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## Información de contacto

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha de la firma

## Autorización para la divulgación de información médica confidencial y protegida

Nombre legal (letra de molde)

Fecha de nacimiento

#ID WellPower

De acuerdo con las normas federales, 42 CFR parte 2 (Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos de consumo de sustancias) y 45 CFR parte 164 (Acta de portabilidad y responsabilidad de los seguros médicos de 1996), **Autorizo la divulgación de mi información personal como se indica a continuación.** Entiendo que la divulgación de información puede incluir cualquiera de los siguientes datos: salud conductual, sexualidad y salud reproductiva, VIH/SIDA, anemia de células falciformes, enfermedades transmisibles, consumo de drogas y alcohol y tratamiento por un trastorno de consumo de sustancias.

<b>WellPower</b>	<b>De terceros</b>
4141 E. Dickenson Place	Nombre: _____ (organización y/o individuo)
Denver, CO 80222	Relación: _____
_____ Teléfono	Domicilio: _____
_____ Fax	Ciudad/estado/código postal: _____
	Teléfono: _____ Fax: _____
	Adicional: _____

**Comunicación verbal:** ¿Usted autoriza la comunicación verbal (oral) bilateral entre WellPower y un tercero?  Sí  No

**Registros impresos o electrónicos:** ¿Autoriza que WellPower divulgue sus registros?  Sí  No

¿Autoriza que un tercero divulgue sus registros?  Sí  No

**Tipo de información que ha autorizado divulgar:**

Toda la información que contiene mi expediente,

Únicamente la información/los registros marcados a continuación (marque todos los que apliquen):

- |                                                                                  |                                                            |                                                                  |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación                                | <input type="checkbox"/> Lista de diagnósticos             | <input type="checkbox"/> Información de empleo                   | <input type="checkbox"/> Registros de educación   |
| <input type="checkbox"/> Evaluación(es) clínica(s)                               | <input type="checkbox"/> Resumen de la alta médica         | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio               | <input type="checkbox"/> Resúmenes del avance     |
| <input type="checkbox"/> Datos demográficos                                      | <input type="checkbox"/> Historial/órdenes de medicamentos | <input type="checkbox"/> Plan individualizado de educación (IEP) | <input type="checkbox"/> Resúmenes de los médicos |
| <input type="checkbox"/> Documento de continuación del cuidado (CCD)             | <input type="checkbox"/> Planes de servicio/tratamiento    | <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas              | <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas     |
| <input type="checkbox"/> Información de libertad condicional o libertad vigilada |                                                            |                                                                  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Otro (debe especificar): _____                          |                                                            |                                                                  |                                                   |

**Duración:** (marque sólo una opción)

Todos los ingresos

El ingreso más reciente

A partir del día \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Continuidad del cuidado

Coordinación de los servicios

Tratamiento

A petición del individuo

Otro (debe especificar): \_\_\_\_\_

**Re-divulgación**

Entiendo que la información divulgada en base a esta Autorización, con excepción de la información sobre un trastorno por consumo de sustancias, puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejará de ser protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) (45 CFR parte 164). Los registros acerca de un trastorno por consumo de sustancias permanecerán protegidos por las normas federales después de su divulgación y no podrán ser divulgados o re-divulgados sin mi autorización por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las normas correspondientes (42 CFR parte 2).

**Prohibición del condicionamiento de las autorizaciones**

Entiendo que no es necesario que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios. WellPower no puede negarme el tratamiento si me niego a firmar esta autorización, a menos que esta autorización sea necesaria para mi participación en un estudio de investigación, o que el propósito del tratamiento sea ofrecerle información al individuo/entidad indicada en esta autorización.

**Vencimiento y derecho de revocación (cancelación)**

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en el caso de que la información ya haya sido divulgada u obtenida por medio de ella. La revocación deberá presentarse por escrito. Si no se revoca, esta autorización vencerá a los dos (2) años a partir de la fecha en que la firme, a menos que especifique aquí una fecha anterior: \_\_\_\_\_.

**Autorización**

Mi firma a continuación significa que entiendo y acepto los términos de esta autorización. Una copia de esta autorización (incluyendo un fax) tiene la misma validez que el documento original. Tengo derecho a recibir una copia de la autorización firmada.

**X**

Firma del individuo o del representante personal

Fecha de la firma

Nombre del representante personal (si aplica)

Relación

**AVISO A LOS BENEFICIARIOS**

Esta información se le ha facilitado de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar la información de este registro que identifique a un paciente como alguien que padece o ha padecido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea directamente, en referencia a la información disponible públicamente o mediante la verificación de la identificación por otra persona, a menos que se autorice explícitamente la divulgación mediante el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por el 42 CFR, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (véase § 2.31). Las normas federales limitan cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, salvo lo dispuesto en los §§ 2.12(c)(5) y 2.65.