

## ¿Cómo solicito copias de historiales médicos?

Si usted es la persona que recibe servicios y está solicitando copias de sus propios historiales médicos, o es un representante personal (tal y como se define en la HIPAA) solicitando copias de historiales médicos, pertinentes: por favor lea la información sobre "Solicitudes de acceso" que figura a continuación:

### Solicitudes de acceso

Cree una cuenta en el portal en línea o descargue la aplicación WellPower. Para más información, visite:

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

y/o

Presente una solicitud por escrito mediante:

- 1. Descargue y envíe una copia impresa:** Complete y firme a mano el formulario "Solicitud de acceso a la información sanitaria". Puede descargarse en línea en [www.wellpower.org/health-records](http://www.wellpower.org/health-records). La persona que recibe los servicios o su representante personal (si procede) debe firmar el formulario. Envíe el formulario debidamente rellenado al equipo de HISM por correo electrónico, fax, correo postal o en persona (la información de contacto figura más abajo). Deberá adjuntarse una copia legible de la identificación del solicitante que esté en vigor con fotografía emitida por el gobierno para verificar la firma.

o

- 2. Complete y envíe una copia electrónica:** Complete y firme electrónicamente el formulario "Solicitud de acceso a la información sanitaria" utilizando docusign. Puede hacerlo a través de [www.wellpower.org/health-records](http://www.wellpower.org/health-records) o poniéndose en contacto con el equipo de HISM para completar el formulario por teléfono. Deberá adjuntarse una copia legible de la identificación del solicitante que esté en vigor con fotografía emitida por el gobierno para verificar la firma.

Una vez que recibamos el formulario rellenado, es posible que nos pongamos en contacto con usted para confirmar su solicitud, hacerle alguna pregunta o para coordinar los siguientes pasos.

Si usted es la persona que recibe servicios, o es un representante personal (tal y como se define en la HIPAA) solicitando que se envíen copias de historiales médicos a otra persona, o es alguien que las solicita en su nombre— por favor lea la información sobre "Solicitudes por parte de terceros" que figura a continuación:

### Solicitudes por parte de terceros

Presente una solicitud por escrito mediante:

- 1. (Esta es la opción más común)** El tercero presenta una solicitud por escrito para obtener la información directamente a HISM con un formulario valido y firmado de "Autorización para divulgar información protegida y confidencial de salud".

o

- 2. Descargue y envíe una copia impresa:** Complete y firme a mano el formulario "Autorización para divulgar información protegida y confidencial de salud". Puede descargarse en línea en [www.wellpower.org/health-records](http://www.wellpower.org/health-records). La persona que recibe los servicios o su representante personal (si procede) debe firmar el formulario. Envíe el formulario debidamente rellenado al equipo de HISM por correo electrónico, fax, correo postal o en persona (la información de contacto figura más abajo). Deberá adjuntarse una copia legible de la identificación del solicitante que esté en vigor con fotografía emitida por el gobierno para verificar la firma.

o

- 3. Complete y envíe una copia electrónica** Complete y firme electrónicamente el formulario "Autorización para divulgar información protegida y confidencial de salud" utilizando docusign. La persona que recibe los servicios o su representante personal (si procede) debe firmar el formulario. Puede hacerlo a través de [www.wellpower.org/health-records](http://www.wellpower.org/health-records) o poniéndose en contacto con el equipo de HISM para completar el formulario por teléfono.

Una vez que recibamos el formulario rellenado, es posible que nos pongamos en contacto con usted para confirmar su solicitud, hacerle alguna pregunta o para coordinar los siguientes pasos.

## ¿Quién puede autorizar una solicitud de información sanitaria?

La persona que sea el sujeto de la información sanitaria o su "representante personal", si procede.

Un "representante personal" es cualquier persona que tenga autoridad legal para tomar decisiones sobre la asistencia sanitaria de la persona, incluidos los derechos de acceso al historial médico. Podría tratarse de un padre o de los padres (en el caso de los menores no emancipados) que tengan autoridad para tomar decisiones médicas, un tutor legal designado por un tribunal, alguien con un poder legal para cuestiones sanitarias, etc.

En su caso, se deberá adjuntar a la solicitud la documentación que lo acredite, como la partida de nacimiento, una orden judicial firmada por el juez o un poder legal para la asistencia sanitaria.

## ¿Cuánto tiempo tarda?

Todas las solicitudes serán revisadas por el equipo de Health Information Systems Management (Gestión de Sistemas de Información Sanitaria) (HISM por sus siglas en inglés). Las solicitudes pueden tardar hasta treinta (30) días naturales en ser procesadas. Si una solicitud tiene un plazo determinado, es importante que se nos conceda el tiempo necesario para completarla. El plazo de tiempo necesario dependerá de la naturaleza de la solicitud, del número de solicitudes que ya estén en trámite, de la necesidad de documentación o información adicional y, en ocasiones, de la disponibilidad del personal.

## ¿De qué modo y en qué formato puedo recibir la información sanitaria?

- Copia electrónica (en formato PDF)\* enviada por correo electrónico seguro o fax electrónico
- Copia electrónica (en formato PDF)\* en CD enviada vía correo postal certificado o recogida en persona
- Copia electrónica (en formato PDF)\* en una memoria USB enviada vía correo postal certificado o recogida en persona
- Copias impresas en papel enviadas vía correo postal o recogidas en persona
- **Visualización** (sólo para solicitudes de acceso) - se podrá fijar un día y una hora para ver los historiales médicos en persona en nuestra sede de Dickenson o a través de una reunión virtual.

\* Las copias electrónicas están en PDF y requieren un programa de PDF para verlas.

## ¿Hay algún coste asociado a la solicitud?

Si se aplica algún coste, se proporcionará una factura con el total, así como instrucciones sobre cómo realizar el pago. WellPower es una organización sin ánimo de lucro centrada en el bienestar y el servicio del área metropolitana de Denver. Los costes aplicados a su solicitud ayudan a seguir prestando estos servicios a la comunidad.

### Solicitudes de acceso

**Visualización:** Sin coste

**Copias en PDF por correo electrónico:** Coste fijo de \$6.50

**Copias en PDF en un CD o en una memoria USB y recogidas en persona:** Coste fijo de \$6.50

**Copias en PDF en un CD o en una memoria USB y enviadas vía correo postal:** \$6.50 + Gastos de timbre postal

**Copias impresas en papel:** El coste se calcula en función del coste de los materiales, y nunca superará los \$25. Costes adicionales por gastos de timbre postal y/o copias certificadas ante notario.

### **No hay costes para:**

- Papeleo administrativo
- Resúmenes de los servicios
- Lista de medicamentos
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Información sobre diagnósticos
- Informes de evaluación (neuro)psicológica

\*\* podrán aplicarse otras excepciones

### Solicitudes por parte de terceros

Los costes se aplican según la normativa del estado de Colorado y corren a cargo del tercero. Existirán costes adicionales por gastos de timbre postal y/o copias certificadas ante notario.

### **No hay costes para solicitudes:**

- A otros proveedores de salud
- A los departamentos/tribunales de libertad condicional o vigilada
- Al departamento de servicios humanos
- A los beneficiarios de la subvención de la Ley de Discapacidad Laura Hershey (LHA por sus siglas en inglés)
- Mediante orden judicial u orden de registro

\*\* podrán aplicarse otras excepciones

## ¿Puede denegarse la solicitud?

Sí, véase a continuación:

### Solicitudes de acceso

La solicitud es revisada por profesionales sanitarios licenciados que han sido designados para determinar si la información sanitaria solicitada se divulgará en su totalidad, en parte o se denegará por completo. Las leyes estatales y federales establecen condiciones específicas para conceder o denegar el acceso a la información sanitaria.

Si la solicitud ha sido denegada parcialmente o en su totalidad, se notificará a la persona solicitante. Si la denegación se puede recurrir, la persona solicitante podrá iniciar una solicitud para que se revise la denegación. En la notificación de denegación se incluirá información sobre cómo realizar dicho recurso.

### Solicitudes por parte de terceros

Sólo lo que está permitido y/o autorizado para ser divulgado y es lo mínimo necesario para cumplir con el propósito de dicha solicitud.

## Información de contacto

### Health Information Systems Management

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

(303) 504-6510 teléfono principal | (303) 504-6504 fax | [HISM@wellpower.org](mailto:HISM@wellpower.org) | [www.wellpower.org/health-records](http://www.wellpower.org/health-records)



### Solicitud para acceder a mis historiales médicos

Este formulario se utiliza para solicitar copias o para ver sus propios historiales médicos si usted es la persona que recibe servicios, o por parte del representante personal (tal y como se define en la HIPAA) de la persona que recibe servicios. Para solicitar que la información se divulgue a otras personas que no sean usted o su representante personal, por favor visite nuestra página web y consulte la información relativa a las solicitudes por parte de terceros.

#### Sección 1: Persona que recibe servicios

Por favor, rellene el siguiente formulario con los datos de la persona cuyo historial médico se solicita.

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_  
 Nombre legal: \_\_\_\_\_ S.N.: \_\_\_\_\_ Apellido legal: \_\_\_\_\_  
 # ID de WellPower: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

#### Sección 2: Información del representante personal (si no es la persona que recibe servicios)

Si usted está solicitando acceso al historial médico en nombre de la persona que recibe servicios, por favor, rellene su información a continuación.

**AVISO:** Si todavía no consta en el expediente, usted deberá aportar documentación que acredite su autoridad legal para acceder a estos historiales médicos.

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

#### Sección 3: Información de contacto de la persona solicitante

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Sección 4: Opciones de divulgación

Por favor, seleccione cómo le gustaría recibir los historiales que solicita.

##### Copias electrónicas (sólo en formato PDF)

- Correo electrónico seguro
- CD – por correo postal
- CD – recogida en persona
- Formato USB – por correo postal
- Formato USB – recogida en persona

##### Copias impresas

- Por correo postal
  - Recogida en persona
- Servicio adicional**
- Copias certificadas por notario (incluye un coste adicional)

##### Visualización

- Visualización:  
 Un representante de HISM se pondrá en contacto con usted para coordinar y programar.

#### Sección 5: Propósito (opcional)

- Uso personal
- Continuidad de los cuidados
- Prestaciones por incapacidad
- Compensación laboral
- Evaluación para empleo
- Procedimiento civil/penal
- Otro: \_\_\_\_\_

#### Sección 6: Información solicitada

Por favor, seleccione qué información del historial médico está solicitando.

- Cuadro clínico completo** (incluye todo lo enumerado a continuación, según proceda) **O seleccione abajo la información específica que desea:**

- Información sobre medicamentos
- Información sobre el diagnóstico
- Resultados de laboratorio
- Resultados de laboratorio de las pruebas farmacogenómicas
- Evaluación(es) de salud mental
- Informe(s) de evaluación psicológica(neuro)
- Otros: \_\_\_\_\_

Resúmenes de los servicios de:

- Psicoterapia
- Residenciales
- Servicios de crisis
- Gestión de casos
- Psiquiatría
- Servicios de rehabilitación (centro de recursos, empleo asistido, educación asistida)
- Atención primaria

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

#### Sección 7: Firma

**POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN EN VIGOR CON FOTOGRAFÍA EMITIDA POR EL GOBIERNO. Es posible que se aplique algún coste.**

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

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