Concentra®

Solicitud a Acceso de Información Protegida de la Salud (PHI)

Nombre del Paciente:

_____

Apellido | Nombre | Inicial Seg. Nombre | Apellido de soltera u otro nombre

Fecha de Nacimiento: _____-_____-_____ Archivo Médico #: _____ Tel:_____

Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado:_____Cód. Postal:_____

Centro visitado:_____ Fecha aproximada:_____

Tipo de acceso solicitado: ❑ Copia existente ❑ Resumen o explicación ❑ Ver en el sitio

Razón para la visita: ❑ Consulta general ❑ Relacionado con el trabajo ❑ Urgencias ❑ Otro

Tipo de registro **(por favor describa abajo):**

_____

Favor enviar los registros ❑ A mí o ❑ A: _____ **para la fecha:**

(Nombre y Dirección, si envía por correo)

Por: ❑ Copia en papel: ❑ llamar al número de arriba para recoger o ❑ enviar por servicio postal a la dirección de arriba

*❑ Correo electrónico _____ u ❑ otro método electrónico _____

*Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos se envían cifrados.

Descargo de responsabilidad por correo electrónico no cifrado

❑ Yo entiendo que los registros enviados a través de correo electrónico que no esté cifrado representan un riesgo de seguridad pero este es mi método de recibo solicitado. _____(Por favor escriba sus iniciales)

_____ _____ O _____ _____

FIRMA DEL INDIVIDUO | FECHA | FIRMA DEL REPRESENTANTE DE PERSONAL | FECHA

_____

RELACION CON EL INDIVIDUO

Usted puede enviar este formulario:

- En persona: al centro médico Concentra más cercano
- Por correo: Concentra Privacy Office
  5080 Spectrum Dr. Suite 1200 West, Addison, Texas 75001
  ATTN: Privacy Office
- Por fax: 214.775.4408
- Por correo electrónico: PrivacyOffice@concentra.com

FOR INTERNAL USE ONLY (PARA USO INTERNO SOLAMENTE)

Complete the sections below and email this request to PrivacyOffice@Concentra.com
or fax to 214.775.4408 with all records referenced in the request.

Date Request Received: _____ ❑ mail ❑ in person ❑ email ❑ fax Date sent to Privacy Office: _____

The request for access is: ❑ **Approved and provided per request** ❑ **Denied for reason indicated below:**
(only the Privacy Office will communicate denials to the patient)

❑ Information requested is not a part of patient's designated record set.

❑ Information requested is not available to the patient for access as required by federal or state law.

❑ A physician has determined that access to information requested may endanger the life or physical safety of the individual or another person.

❑ Other: _____

_____ _____ _____ _____

Physician who reviewed if applicable | Title | Phone | Date completed

_____ _____ _____ _____

Staff member who processed request | Title | Phone | Date completed

_____ _____

Facility Name | Location Number (if applicable)

©2013 Concentra Operating Corp. All rights reserved.