

Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

Nombre del paciente (en letra de imprenta)		Número de teléfono	Fecha de nacimiento
Dirección del paciente			N.º de expediente médico
Persona o entidad que usted desea que reciba la información: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____			
INFORMACIÓN QUE PUEDE DIVULGARSE: si solo para fechas específicas, indique las fechas: _____			
Tipo de información solicitada (marque todo lo que corresponda): ☐ Todo el expediente médico ☐ Historia clínica de la sala de emergencias ☐ Historia clínica del centro de cuidados urgentes ☐ Antecedentes y revisión ☐ Historia quirúrgica/de procedimientos ☐ Órdenes del proveedor ☐ Resúmenes del alta ☐ Interconsultas ☐ Notas de evolución (paciente hospitalizado) ☐ Informes de laboratorio ☐ Informes de radiología ☐ Registros de facturación ☐ Radiografías o discos ☐ Notas de enfermería ☐ Historia clínica (paciente ambulatorio) ☐ Exportación EHI* ☐ Otro (describa en detalle): _____ * Seleccione «Exportación EHI» en la sección anterior si desea solicitar un extracto de su información electrónica de salud (electronic health information, EHI) en lenguaje legible por computadora. A los archivos de este paquete de exportación se les ha eliminado el formato estructurado generado por nuestro sistema de expedientes médicos y se comprimirán en un único archivo ZIP para facilitar su transferencia. Una exportación EHI divide su expediente en carpetas que pueden incluir archivos multimedia, texto enriquecido, XML y otros formatos, lo que permitirá importarlo a otro sistema de registros electrónicos.			
Indique si desea autorizar la divulgación de información médica delicada: ☐ Salud mental/Tratamiento psiquiátrico ☐ Información sobre pruebas genéticas ☐ Tratamiento por abuso de drogas o alcohol ☐ Tratamientos o pruebas de una enfermedad venérea, VIH o SIDA			
Formato solicitado/Modo de entrega: ☐ Enviar por correo postal a la dirección antes mencionada ☐ Revisar o recoger registros impresos en el Departamento de gestión de información médica [Health Information Management (HIM) Department] ☐ Divulgación verbal a la persona antes mencionada ☐ Enviar por fax al número que aparece a continuación (proveedores solamente; no faxes personales) _____ ☐ Otro: (describa) _____		☐ Enviar por correo electrónico (marque uno y escriba la dirección) ☐ No asegurado/no cifrado* ☐ Asegurado/cifrado (puede que haya limitaciones de tamaño) Correo electrónico: _____ *La comunicación por correo electrónico no cifrado conlleva el riesgo de que la información personalmente identificable contenida en el mensaje pueda ser interceptada por terceros sin autorización. ☐ Divulgar en formato electrónico a través de My UNC Chart. (Acceso a My UNC Chart limitado a 30 días. Se puede imprimir o grabar la información para su uso personal.) **Esta opción está disponible solo para los registros creados en Epic. Si no tiene una cuenta de My UNC Chart, regístrese aquí: https://myuncchart.org/mychart/	
Tarifas: es posible que se cobre una tarifa moderada basada en los costes de hacer copias de la información solicitada. Los pacientes pueden pedir un estimado de la tarifa de antemano.			
Vencimiento: a menos que se revoque antes, esta autorización caducará en la fecha, evento o condición a continuación: (especifique la fecha, el evento o la condición) _____ Si no especifico una fecha, un evento o una condición, esta autorización caducará un (1) año después de la fecha en que yo la firmo. Tenga en cuenta que los expedientes creados después de la fecha de firma de este formulario, pero antes de la fecha de vencimiento, se divulgarán en conformidad con este formulario, a menos que se indique lo contrario anteriormente.			
Firma del paciente o representante autorizado		Fecha	Hora
Nombre en letra de imprenta del representante autorizado (si firma alguien que no sea el paciente)			Relación con el paciente



Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

Envíe la solicitud de acceso del paciente a la información médica protegida completada por fax, correo postal o correo electrónico a la entidad correspondiente, utilizando los datos de contacto que figuran a continuación.

NOTA: si se solicitan radiografías solamente, envíe la solicitud al departamento de radiología correspondiente utilizando la información de contacto que aparece a continuación.

UNC Health Appalachian	Watauga Hospital ATTN: Health Information Management Department 336 Deerfield Road, Boone, NC 28607 (fax) 828-265-5014; (teléfono) 828- 262-9581 Cannon Memorial Hospital y Appalachian Behavioral Health Hospital ATTN: Health Information Management Department PO Box 767, Linville, NC 28646 (fax) 828-737-7531; (teléfono) 828-737-7547
UNC Health Blue Ridge	UNC Health Blue Ridge Health Information Management 2201 S. Sterling Street, Morganton NC, 28655 (fax): 828-580-6859 (teléfono) 828-580-6887
UNC Health Caldwell	Caldwell Health Information Management Attn: Release of Information 321 Mulberry St SW, Lenoir, NC 28645 (fax) 828-757-5169 (teléfono) 828-757-5111 Solo para placas <u>radiográficas</u>: Caldwell Memorial Hospital Radiology Department (fax) 828-757-5206; (teléfono) 828-757-5204
UNC Health Chatham	Chatham Hospital Health Information Management Attn: Release of Information 475 Progress Blvd. Siler City, NC 27344 (fax) 919-799-4801; (teléfono) 919-799-4804 Correo electrónico: chathamreleaseofinfo@unchealth.unc.edu Solo para placas <u>radiográficas</u>: Chatham Hospital Radiology Department (fax) 919-799-4601; (teléfono) 919-799-4600
UNC Health Johnston	UNC Health Johnston Health Information Management Attn: Release of Information PO Box 1376, Smithfield, NC 27577 (fax) 919-934-9266; (teléfono) 919-938-7705 Correo electrónico: johnstonreleaseofinfo@unchealth.unc.edu Solo para placas <u>radiográficas</u>: • <i>Ubicación del hospital en Smithfield</i> Johnston UNC Health Care Radiology Department 509 N. Brightleaf Blvd., Smithfield, NC 27577 (fax) 919-989-9795; (teléfono) 919-938-7190 • <i>Ubicación del hospital en Clayton</i> Johnston UNC Health Care Radiology Department 2138 NC Highway 42W, Clayton, NC 27520 (fax) 919-585-8462; (teléfono) 919-585-8450



Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

UNC Health Lenoir	UNC Lenoir Health Care Health Information Services Attn: Release of Information 100 Airport Rd, PO Box 1678, Kinston, NC 28503-1678 (fax) 252-522-7099; (teléfono) 252-522-7185
UNC Health Nash	Nash UNC Health Care Health Information Management 2460 Curtis Ellis Drive, Rocky Mount, NC 27804 (fax) 252-962-8291; (teléfono) 252-962-8130
UNC Health Pardee	Pardee Health Information Management Attn: Release of Information 800 North Justice Street, Hendersonville, NC 28791 (fax) 828-696-1097; (teléfono) 828-696-1094 Solo para placas <u>radiográficas</u> : Pardee UNC Health Care, Attn: Radiology 800 North Justice Street, Hendersonville, NC 28791 (fax) 828-696-1076; (teléfono) 828-969-1040
UNC Health Rex	Rex Health Information Management Attn: Release of Information 4420 Lake Boone Trail, Raleigh, NC 27607 1st Floor, Main Hospital (fax) 919-784-3343 or 919-784-1472; (teléfono) 919-784-3158 Correo electrónico: rexreleaseofinfo@unchealth.unc.edu Solo para placas <u>radiográficas</u> : Rex Healthcare / Rex Hospital Radiology Department (fax) 919-784-3497; (teléfono) 919-784-3023
UNC Health Rockingham	UNC Rockingham Health Care Health Information Management 117 E Kings Hwy, Eden, NC 27288 (fax) 336-635-6899; (teléfono) 336-627-6194 Correo electrónico: rockinghamreleaseofinfo@unchealth.unc.edu Solo para placas <u>radiográficas</u> : UNC Rockingham Health Care Diagnostic Imaging 117 E Kings Hwy, Eden, NC 27288 (fax) 336-627-7687; (teléfono) 336-623-9711, extensión 1712429
UNC Health Southeastern	UNC Health Southeastern Health Information Management 300 W 27th Street, Lumberton, NC 28358 (fax): 910-671-5349 (teléfono) 910-671-5539 Solo para placas <u>radiográficas</u> : UNC Health Southeastern Medical Imaging Department (fax): 910-671-5209 (teléfono): 910-671-5054
UNC Health Wayne	Wayne UNC Health Care Health Information Management 2700 Wayne Memorial Drive, Goldsboro, NC 27534 (fax) 919-587-2975; (teléfono) 919-731-6117 Solo para placas <u>radiográficas</u> : Wayne UNC Health Care, Radiology Department 2700 Wayne Memorial Drive, Goldsboro, NC 27534 (teléfono): 919-731-6013



Solicitud del paciente de acceso a la información médica protegida

Patient Request for Access to Protected Health Information (PHI)

HIM# 1409s

UNC Hospitals	UNC Health Information Management Attn: Release of Information 600 Eastowne Drive, 3.º piso, Chapel Hill, NC 27514 (fax) 984-974-0471; (teléfono) 984-974-3226 Correo electrónico: relmedinfo@unchealth.unc.edu Solo para placas <u>radiográficas</u> : UNC Hospitals Radiology Department (fax) 984-974-8814; (teléfono) 984-215-5759 Correo electrónico: FILMmail@unchealth.unc.edu
UNC Physicians Network	Entregue en la clínica de UNC Physicians Network

Translated by UNC Health Interpreter Services, 7/14/26

