# Solicitud para acceder a la información médica protegida

Descripción: Este formulario permite que una persona solicite tener acceso u obtener la copia de un conjunto de datos que mantiene el condado de Travis.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) de 1996 le otorga el derecho de inspeccionar u obtener una copia de la información médica protegida que el condado de Travis mantenga en algún conjunto de registros designado. Para solicitar el acceso a su información médica protegida, complete y envíe este formulario a:

Privacy Officer
700 Lavaca, Suite 1100
Austin, Texas 78701

También puede enviar por correo electrónico un formulario escaneado a: privacy@traviscountytx.gov

Tenga en cuenta que el condado de Travis puede denegar su solicitud de acceso debido a ciertas circunstancias, y que se le cobrará una tarifa razonable por reproducir las copias (incluye la mano de obra y los suministros), sellos postales (en caso de que los expedientes se envíen por correo) y la preparación de cualquier resumen o explicación de los expedientes que solicitó.

**Parte I: Identidad del Solicitante**

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si está solicitando el acceso en nombre de alguien más, proporcione el nombre y la dirección de la persona que le encomendó hacer esta solicitud y describa y proporcione una prueba* de su relación legal con la persona. Las relaciones legales conocidas, incluyen: padre del menor, tutor legal, poder notarial o albacea.

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Relación con la persona: _____

**El condado de Travis aceptará, por ejemplo, un testamento ejecutado, un poder notarial o una orden judicial. También debe presentar una identificación válida con fotografía expedida por el gobierno.*

**Parte II: Solicitud**

El componente* del condado de Travis (Departamento, División o Programa) que mantiene sus expedientes:

_____

*** Una lista de los componentes cubiertos dentro del condado de Travis está disponible en la Oficina del Oficial de Privacidad o en la página web del condado de Travis https://www.traviscountytx.gov/hipaa. Tenga en cuenta que esta solicitud aplica solamente al componente que usted indique arriba. Si desea solicitar el acceso a la información médica protegida que mantiene otro de los componentes, debe completar un nuevo formulario para cada componente.*

¿De qué manera le gustaría tener acceso a sus expedientes?

- ☐ Inspeccionarlos personalmente
- ☐ Recibir una copia de los expedientes por medio de:
  - o Transmisión electrónica
  - o Medios portátiles de almacenamiento (por ejemplo, CD-ROM, USB)
  - o Correo postal de los Estados Unidos
  - o Otro: _____
- ☐ Ambos

Expedientes a los que desea tener acceso o reproducir:

☐ Todos los expedientes
☐ Expediente clínico/ambulatorio
☐ Resumen del alta
☐ Historial/Examen físico
☐ Medicamentos pasados/presentes
☐ Declaración de los cargos
☐ Facturación o Reclamaciones presentadas
☐ Otro: _____

¿Desea que el condado de Travis prepare un resumen o explicación de los expedientes requeridos?

- ☐ Sí
- ☐ No

**<u>Parte III</u>: Información importante**

- El condado de Travis mantiene muchos de sus registros en forma electrónica; sin embargo, algunos registros están disponibles solamente en copias impresas. En caso que el condado de Travis no mantenga y no pueda generar fácilmente en formato electrónico los expedientes solicitados, el condado de Travis proporcionará los expedientes en copias impresas legibles. El solicitante recibirá una copia de los expedientes por correo postal de los Estados Unidos a la dirección abajo indicada.
- El condado de Travis le dará trámite a la mayoría de solicitudes dentro de los 30 días siguientes a la fecha de recepción de la solicitud. Si el condado de Travis no puede tramitar su solicitud dentro de este plazo, le notificaremos por escrito la razón del retraso y la fecha en que se completará su solicitud.
- El condado de Travis le informará de su decisión de aprobar o denegar su solicitud.
- Si el condado de Travis deniega su solicitud, le notificaremos por escrito y le explicaremos si tiene algún derecho de apelar a esta decisión.

**<u>Parte V</u>: Reconocimiento**

Al firmar este formulario, reconozco que el condado de Travis puede cobrarme una tarifa razonable basada en el costo de la reproducción, los sellos postales y la preparación de cualquier explicación o resumen que haya solicitado.

_____ _____

*Firma del Solicitante* *Fecha*

Le agradeceremos que nos indique la dirección a donde podemos enviar cualquier correspondencia referente a este asunto.

Dirección postal: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____

**Solo para uso de la OFICINA**

<table>
<tr><td colspan="2">Fecha de recepción: _____ Recibido por: _____ Cargo: _____<br><br>Fecha en que se envió en Enlace de privacidad: _____</td></tr>
<tr><td>Verificación de la identidad del Solicitante:<br>☐ Documento de identificación con fotografía<br>☐ Información de identidad<br>☐ Firma comparada<br>☐ Otro: _____</td><td>Si la solicitud la presentó un Representante personal, la autoridad del Representante personal se verificó por medio de:<br>☐ Testamento ejecutado ☐ Documentación del poder notarial<br>☐ Autorización firmada por la persona<br>☐ Otro: _____</td></tr>
<tr><td>El acceso se: ☐ Aceptó en su totalidad<br>☐ Aceptó parcialmente<br>☐ Denegó (con derecho a revisión)<br>☐ Denegó (sin derecho a revisión)</td><td>Si la solicitud se denegó, ¿cuál fue la razón?<br>_____<br>_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">Fecha en que se envió la notificación a la persona: _____</td></tr>
<tr><td colspan="2">¿Se presentó una solicitud de revisión? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____</td></tr>
<tr><td colspan="2">Firma del Oficial de Privacidad _____</td></tr>
</table>