

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PUERTO RICO
P. O. BOX 2129
San Juan P. R. 00922-2129

Solicitud de Acceso Para Inspeccionar Información de Salud Protegida del Paciente
Request for Access for Protected Health Information

Nombre del Paciente – Patient Name	Número de Record – Record Number
Dirección del Paciente - Patient Address	Fecha de Nacimiento – Birth Date
Nombre y Dirección de la persona que recibirá la correspondencia si no es el paciente - Name and address of person who has to receive the correspondence if it is not the patient.	

Explique la razón o propósito de su solicitud. Explain the reason or purpose of your request.

--

Indique los documentos a los cuales está solicitando el acceso e informe las fechas en que se generó la información. Indicate to which documents you are request access and inform the specific dates when this information has been created.

--

Reconozco que el acceso solicitado se proveerá en ó antes de 15 días a partir de la fecha de la solicitud, a menos que se me notifique por escrito que ASEM, necesita una extensión de treinta (30) días adicionales. Si la solicitud es para información de salud protegida que no se encuentra almacenada o accesible en las facilidades de la institución, la acción deberá completarse no más tarde de 60 días de haberse completado la solicitud. Cierta información puede ser excluida conforme a solicitud de alguna agencia reguladora, o gubernamental, o lo establecido por ley, ya sea estatal o federal.

I acknowledge that the covered entity must act with the access request no later than 15 days after receipt of the request. If the covered entity is unable to take an action in the time required, the covered entity may extended the time for such actions by no more than 30 days, provides the individual with a written statement of the necessity of an extension of time. If the request for access is for protected health information that is not maintained or accessible to the covered entity on-site, the covered entity must take an action required by no later than 60 days from the receipt of such a request. Consistent with the request of a governor or regulator entity or establishment by federal or estate laws, certain information could be exclude.

Firma del Paciente o Representante Autorizado (debidamente identificado) Signature of Patient or Authorized Representative (perfectly identify)	Fecha – Date
---	--------------

**Para Uso Exclusivo de la Entidad de Salud
For Exclusive use of Health Entity**

Fecha de la solicitud 26 de Marzo de 2010
Request Date

¿Solicitud aceptada? SI (yes) NO (no)
Accepted request?

Certifico que se me brindó acceso al Conjunto de Records Designado
I certify the access to the Designated Records Set was provided

Fecha en que dio el acceso
Provide Access Date

Firma del Solicitante _____
Patient Signature

Si la solicitud es denegada parcial o totalmente, indique la razón de la denegatoria –
Reason of denial if the request is deny partiality or totally.

Nombre del Profesional de la Salud – Health care professional name	Título – Title
Firma del Profesional de la Salud – Health care professional signature	Fecha - Date