



**Adjunto 19**  
**Petición de Acceso a Historial Médico**

Como paciente de un hospital o proveedor de servicios médicos de la Universidad de Miami, puede tener acceso a cierta información que conservamos sobre su historial médico. Si desea inspeccionar o recibir una copia del mismo, debe completar este formulario y entregarlo a un Encargado de Historias Clínicas o a la dirección de Privacidad de la Universidad de Miami, indicada abajo y en el Avisa de Normas de Privacidad. Esta petición es solo para los departamentos que se indiquen debajo.

**Para facilitar la búsqueda de su información necesitamos los siguientes datos:**

Fecha de la Petición: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Los últimos 4 dígitos del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de Historial Médico: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Solicito acceso a mi historial médico conservado en:**

Departamento: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
 Instalación Médica/Hospital: \_\_\_\_\_

**Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar si desea inspeccionar o recibir una copia de su historial médico:**

- Quisiera inspeccionar mi historial médico personalmente en la Universidad de Miami.
- Quisiera una copia de mi historial medico

**Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la información específica a la cual desea tener acceso:**

- Historial médico (es decir: informes de laboratorio, etc.) de las siguientes fechas:  
\_\_\_\_\_
- Historial radiográfica de las siguientes fechas:  
\_\_\_\_\_
- Historial de cobros (es decir: reclamaciones o estados de cuenta) de las siguientes fechas:  
\_\_\_\_\_

Cobramos por copias, franqueo y trámites, de acuerdo con las leyes federales o estatales pertinentes. Se le enviará un importe total con instrucciones de cómo hacer los pagos, así como un estimado de la fecha en que recibirá la información (si ha solicitado una copia).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si es un representante, autorización para actuar en nombre del paciente/Vinculo con el Paciente

University of Miami – Office of HIPAA Privacy & Security  
 PO Box 019132 (M-879) hipaaprivacy@med.miami.edu  
 Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

---

**REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH INFORMATION (SPANISH)**

---

Form  
D3900018S

Revised  
09/24/14

NAME: \_\_\_\_\_  
 MRN: \_\_\_\_\_  
 LAST 4 DIGITS OF SSN: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 DATE: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_

© 2014 University of Miami Page 1 of 1



## **Obtención de los Registros Médicos**

Si usted está solicitando una copia de sus registros médicos, se le exigirá que complete un Formulario del **Adjunto 19** o del **Adjunto 46** (Autorización de un tercero) para obtener copias de sus registros. También se le puede pedir que proporcione una identificación con su foto para fines de identificación.

Por favor, complete el formulario, fax, correo electrónico o comuníquese con el departamento de Registros Médicos correspondiente que aparece a continuación.

### **University of Miami Hospital and Clinics (UMCH)/Sylvester Comprehensive Cancer Center (SCCC)**

1475 N.W. 12th Avenue  
Miami, Florida 33136  
Teléfono: 305-243-5272  
Fax: 305-243-5274 y 305-243-9521  
Sitio Web: [www.sylvester.org](http://www.sylvester.org)

### **Bascom Palmer Eye Institute (BPEI)/Anne Bates Leach Eye Hospital (ABLEH)**

900 N.W. 17<sup>th</sup> Street  
Miami, Florida 33136  
Teléfono: 305-326-6333  
Fax: 305-547-3709  
Sitio Web: <http://bascompalmer.org/>

### **University of Miami (UMH)**

1400 N.W. 12th Avenue  
Miami, Florida 33136  
Teléfono: 305-689-5605 y 305-689-5187  
Fax: 305-689-4490 y 305-689-3995  
Sitio Web: <http://www.umiamihospital.com/>

Para cualquier otro departamento clínico, comuníquese con el consultorio médico.  
Para obtener más asistencia, llame al 305-243-4000.

## **MyUHealth Portal en línea**

Usted también puede acceder a parte de su información sanitaria a través del portal **MyUHealthChart**.  
Para obtener más asistencia u obtener acceso, envíe un correo electrónico a [AskMyUHealthChart@med.miami.edu](mailto:AskMyUHealthChart@med.miami.edu).

Por cuestiones o inquietudes sobre privacidad

Office of HIPAA Privacy & Security  
Teléfono: 305-243-5000 Fuera del Condado Dade: 866-366-4874  
Fax: 305-243-7487  
Correo electrónico: [hipaaprivacy@med.miami.edu](mailto:hipaaprivacy@med.miami.edu)  
Casilla de correo: 019132 (M-879)  
Miami, Florida 33101