

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Attention:**  
**HITECH Request for**  
**Medical, Billing Records**  
**(42 U.S.C. § 17935 (e))**

Nombre de la entidad cubierta: \_\_\_\_\_  
Dirección de la entidad cubierta: \_\_\_\_\_

***Asunto: Solicitud de derecho de acceso de HITECH a registros médicos y su cumplimiento de la ley federal***

Estimado custodio de registros,

Esta es una **Solicitud de derecho de acceso de HITECH** y le solicita que proporcione una copia de Todos los registros, excepto las facturas de 1 de enero de 2013 al 1 de enero de 2018 al representante identificado a continuación. **Ya sea que los registros se mantengan en formato electrónico o en papel, le solicito específicamente que los proporcione en formato PDF electrónico en un CD, DVD o unidad flash USB**, según los requisitos de 42 USC § 17935(e)(1) y 45 CFR 164.524(c)(2)(ii), según enmendado. Estas leyes federales prevalecen sobre las leyes estatales aplicables y establecen en la parte pertinente:

**"... si el individuo solicita una copia electrónica de dicha información, la entidad cubierta debe proporcionarle acceso a la información de salud protegida en la forma y formato electrónico solicitado ..."**

Si alguno de los registros anteriores está disponible solo en formato impreso, **deberá** proporcionar los registros en el formato electrónico solicitado. Además, 42 USC § 17935(e) y 45 CFR 164.524(c)(4) limitan el costo de obtener los registros a los costos laborales reales para reproducirlos en el formato electrónico solicitado, el costo real de los medios portátiles (en este caso estuche, en CD, DVD o unidad flash USB) y envío. Los costos laborales no pueden incluir el tiempo invertido en revisar la solicitud, buscar y recuperar los registros solicitados o preparar los registros en respuesta a la solicitud. **La tarifa fija por producir los registros en formato electrónico no puede exceder los \$6,50**.

De conformidad con 45 CFR 164.524(c)(3)(ii), le indico que envíe los registros solicitados en formato electrónico directamente al siguiente representante:

Asentamiento de la mansión Branford  
c/o JND Administración Jurídica  
Apartado postal 91429  
Seattle, WA 98111  
Correo electrónico: info@branfordmanorsettlement.com

Reconozco y doy mi consentimiento para que la divulgación de información pueda contener abuso de alcohol y drogas, información psiquiátrica, VIH o genética. Esta autorización vence un año después de la fecha de su firma. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento notificando (Nombre de la entidad cubierta) \_\_\_\_\_ escrito. La revocación no sería efectiva para ninguna acción tomada basándose en esta autorización antes de recibir la revocación. Reconozco que es posible que la información médica protegida divulgada ya no esté protegida por HIPAA o las leyes federales. El tratamiento, el pago, la inscripción en planes de salud o la elegibilidad para beneficios de seguro médico no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización. Una copia facsímil de esta autorización es tan válida como el original. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización, que puedo obtener de mi abogado.

Proporcione los registros lo antes posible y a más tardar 30 días después de recibir esta carta, según lo exige 45 CFR 164.524(b)(2)(i). Gracias por su pronta atención a esta solicitud. Si no puede cumplir con esta solicitud, comuníquese con mi abogado de inmediato.

Atentamente,

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ ( La Ley HITECH permite una firma electrónica)

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si corresponde): \_\_\_\_\_

**NO PRODUCIR LOS REGISTROS COMO SE SOLICITAN ES UNA VIOLACIÓN DE LA LEY FEDERAL**