



## HIPAA Protected Health Information Access Form

I understand that state and federal laws permit Family Circle of Care to share information about me, including information regarding the health care services I received (my Protected Health Information), with my family and friends who are involved in my care or the payment of my health care services. I further understand that I have: (i) the right to grant certain persons access to my Protected Health Information; and (ii) the opportunity to restrict access to my Protected Health Information from certain individuals who might otherwise have access. I understand that granting access **DOES NOT** give the person access to copies of my medical records.

**If you would like to request your medical records (e.g. copies of immunization records, lab results, and physicals), please complete an authorization to release protected health information form.**

**ACCESS:** I would like for the following person(s) to have access to my Protected Health Information.

Name(s) (PLEASE PRINT):	Relationship to Patient:	DOB:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

I understand that I may change or revoke this form at any time by contacting the Health Information Management Department at Family Circle of Care. I understand that such changes or revocation will not be effective for disclosures that may have already been made or access which has already occurred based on this form.

You may leave confidential clinical information on my answering machine/voice mail

  

_____	_____	_____
Signature of Patient/Responsible Party	Date	Witness Signature

  

\_\_\_\_\_

Printed Name of Responsible Party



**INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), FORMULARIO DE ACCESO**

Entiendo que las leyes estatales y federales le permiten a los hospitales y clínicas Family Circle of Care comparta información sobre mí, incluyendo información relacionada con los servicios de atención médica que recibí (mi información médica protegida), con mi familia y amigos que están involucrados en mi cuidado o en el pago de mis servicios de atención médica. También, entiendo que tengo: (i) el derecho de otorgar a ciertas personas el acceso a mi información médica protegida; y (ii) la posibilidad de restringir el acceso a mi información médica protegida de ciertas personas que de otro modo podrían tener acceso. Yo entiendo que el otorgar acceso **NO** le permite a la persona obtener copias de mis registros médicos.

**Si desea solicitar su registros medicos (p.ej. copias de registros de inmunizacion, resultados de laboratorio, y chequeo fisicos) por favor complete un formulario de autorizacion para divulgar informacion de salud protegida.**

**ACCESO:** Me gustaría que las personas a continuación tengan acceso a mi información médica protegida.

**NOMBRE(S):** **Relacion con el paciente:** **Fecha de nacimiento:**

(ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Entiendo que puedo cambiar o revocar este formulario en cualquier momento comunicarme al Departamento de Administración de Información Médica en Family Circle of Care. Entiendo que tales cambios o revocación no serán efectivos para las divulgaciones que ya se hayan realizado o acceso que ya se haya obtenido con base a este formulario.

Puede dejar información médica confidencial en mi máquina contestador / correo de voz

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la parte responsable