

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>

**Acceso del Paciente**

## Solicitud Para Divulgar Información

### Release of Information Request - Patient Access

Página 1 de 2

Page 1 of 2

Dirección del paciente <i>Patient address</i>		Fecha de solicitud (mes/día/año) <i>Request date (month/day/year)</i>
		/ /
Ciudad <i>City</i>	Estado <i>State</i>	Código postal <i>ZIP code</i>

#### TIPO DE ACCESO E INFORMACIÓN SOLICITADA

#### TYPE OF ACCESS AND INFORMATION REQUESTED

Le gustaría inspeccionar u obtener una copia de los registros:  Inspección en el sitio  Copia  
*Would you like to inspect or obtain a copy of your records: Inspect on-site Copy*

Para qué tipo de registro:  Mis registros médicos  Mis registros de salud mental  Mis registros de facturación  
*For what type of record: My medical records My mental health records My billing records*

Resultados de mis análisis  Mis imágenes de radiología  Otro, especificar \_\_\_\_\_  
*My test results My radiology images Other, specify*

Para qué período de tiempo: Desde el (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta el (m/d/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Todo  Actualizar  
*For what time period: From (m/d/y) to (m/d/y) All Update*

Método de divulgación:  Papel  
*Method of release: Paper*

Correo electrónico (se requiere el uso de la codificación) Dirección \_\_\_\_\_  
*Emailed (use of encryption required) Address*

Recogerla (número para llamar \_\_\_\_\_ Centro preferido para recoger \_\_\_\_\_)  
*Pick-up (number to call) Preferred center for pick-up*

Envío por correo (Especifique su nombre y dirección a continuación)  
*Mailed (Specify the name and address below)*

Nombre (Name) \_\_\_\_\_

Dirección (Address) \_\_\_\_\_

El propósito de esta solicitud es:  Necesidades continuas de atención médica  Personal  
*The purpose of this request is: Continuing health care needs Personal*

Transferencia del cuidado  Litigio  Segunda opinión/derivación  
*Transfer of care Litigation Second opinion/referral*

Determinación de incapacidad (para el seguro o gobierno)  Otros, especificar \_\_\_\_\_  
*Disability determination (for insurance or government) Other, specify*

**Acceso del Paciente**

**Solicitud Para Divulgar Información (Continuación)**

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Género <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-------------------------

Comprendo que Marshfield Clinic Health System me notificará su decisión de aprobar o rechazar mi solicitud para inspeccionar u obtener una copia de mis registros dentro de los treinta (30) días a la recepción de esta solicitud si la información es mantenida o accesible desde el centro o dentro de los sesenta (60) días, si la información no es mantenida o accesible desde el centro. Si Marshfield Clinic Health System no puede cumplir con mi solicitud aprobada de información mantenida o accesible en el centro dentro de los treinta (30) días, puede extender la fecha límite hasta treinta (30) días más al notificarme por escrito.

*I understand that Marshfield Clinic Health System will notify me of its decision to approve or deny my request to inspect or obtain a copy of my records within thirty (30) days of receiving this request if the information is maintained or accessible on-site or within sixty (60) days if the information is not maintained or accessible on-site. If Marshfield Clinic Health System is unable to comply with my approved request for information maintained or accessible on-site within thirty (30) days, it may extend the deadline for up to thirty (30) more days by notifying me in writing.*

Excepto que la ley vigente disponga lo contrario, comprendo que tengo el derecho de solicitar que un proveedor de atención médica con licencia profesional, que seleccione Marshfield Clinic Health System y que no haya participado en la decisión de Marshfield Clinic Health System de rechazar mi solicitud, revise dicho rechazo.

*Except as otherwise allowed under applicable law, I understand that I have the right to have a denial of my request reviewed by a licensed health care practitioner selected by Marshfield Clinic Health System who did not participate in Marshfield Clinic Health System's decision to deny my request.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o de la persona autorizada para dar consentimiento en nombre del paciente)  
*Patient signature (Person authorized to consent for patient signature)*

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)  
*(Relationship to patient)*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de firma (m/d/a)  
*Signature date (m/d/y)*

\_\_\_\_\_  
Teléfono  
*Phone no.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente menor de edad (si aplica)  
*Minor patient signature (if applicable)*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de firma (m/d/a)  
*Signature date (m/d/y)*

**Envíe la solicitud completa a: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449**

**Fax: 715-221-6992 Correo electrónico: [medicalrecords@marshfieldclinic.org](mailto:medicalrecords@marshfieldclinic.org)**

**Send completed request to: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449**

**Fax: 715-221-6992 E-mail: [medicalrecords@marshfieldclinic.org](mailto:medicalrecords@marshfieldclinic.org)**

**FOR MARSHFIELD CLINIC HEALTH SYSTEM INTERNAL USE ONLY**

Date received (m/d/y) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Accepted  Denied

If denied, check reason for denial:

PHI is compiled in reasonable anticipation of, or for use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding

PHI is not available to the patient for inspection or copying as permitted or required by state or federal law

PHI is not part of patient's designated record set

Other (see comments below)

Comments:  Individual was informed of denial in writing (attach letter of communication)

\_\_\_\_\_  
Staff member signature/title

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date (month/day/year)