



Saint Alphonsus

A Member of Trinity Health

AFFIX PATIENT LABEL OR WRITE

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Today's Date: _____

Request for Access to Health Information in a Designated Record Set (Spanish) -- SAHS-1317SP

Patient's Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD INCLUIDA EN UN GRUPO DESIGNADO DE REGISTROS

Dirección del paciente: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____

Quiero obtener registros de la clínica:

- ☐ Saint Alphonsus Regional Medical Center (Boise)
- ☐ Saint Alphonsus Medical Center – Nampa
- ☐ Saint Alphonsus Medical Center – Ontario
- ☐ Saint Alphonsus Medical Center – Baker City
- ☐ Saint Alphonsus Medical Group _____
- ☐ South Nampa Neighborhood Hospital/Emerus

Por favor entregar/enviar los registros solicitados a:

- ☐ El paciente/A mí
- ☐ Otra persona (Nombre) _____
- Dirección postal: _____
- Teléfono: _____ Fax: _____

Me gustaría recibir mi información por medio de (escoja un método):

- ☐ Copias en papel ☐ CD electrónico ☐ Revisión únicamente (solo por cita)
- ☐ Correo electrónico (dirección de correo electrónico personal únicamente) _____
(Recibirá un mensaje electrónico de webmaster@mrocorp.com)

Quiero obtener la siguiente información incluida en mi grupo designado de registros:

TIPO/FECHAS DE SERVICIO Entre las siguientes fechas: _____ _____ ☐ Cirugía con/sin hospitalización (Inpatient/Outpatient Procedure) ☐ Sala de Emergencias (Emergency Room) ☐ Visita ambulatoria de diagnóstico (Outpatient Diagnostic Visit) ☐ Notas de consultorio clínico (Clinic Office Notes) ☐ Otro (especifique): (Other-specify) _____	☐ Grupo pertinente de registros: (o solo lo especificado): ☐ Resumen del alta (Discharge Summary) ☐ Historia y examen físico (History and Physical) ☐ Informe médico sala de emergencias (ER Physician Report) ☐ Consultas (Consultations) ☐ Notas de operación/cirugía (OP/Procedure Note) ☐ Informe de patología (Pathology Report) ☐ Todos los exámenes ambulatorios de diagnóstico (All outpatient diagnostic tests) ☐ _____	☐ Examen ambulatorio de diagnóstico (o solo lo especificado) ☐ Laboratorio (Laboratory) ☐ Radiografías/Tomografía computarizada/Imagen de resonancia magnética (X-rays/CT Scans/MRI) ☐ Ecografía (Ultrasound) ☐ Electrocardiograma/Estudio vascular (EKG/Vascular Study) ☐ Ecocardiograma (Echocardiogram) ☐ Electroencefalograma (EEG) ☐ Estudio del sueño (Sleep Study) ☐ Examen pulmonar (Pulmonary Test) ☐ _____	Por favor incluir: ☐ Imágenes de radiología/CD (Radiology Images/CD) ☐ Registros detallados de facturación (Itemized Billing Records) ☐ Historial médico completo – Podrían aplicar costos (Complete Medical Record - Fees may apply) ☐ Otras instrucciones: (Other Instructions) _____
--	--	---	--

Costos por la información: La primera copia de su grupo pertinente de registros y/o resultados de exámenes ambulatorios de diagnóstico no tiene ningún costo. Si pide una copia de su historial médico completo, puede que cobremos una cantidad razonable según lo permitan los reglamentos de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA en inglés). Para tramitar la mayoría de solicitudes de registros, Health Information Management utiliza un servicio llamado MRO. Si sus copias se tramitan mediante este servicio, MRO le enviará a usted el cobro directamente. Usted puede pedir que se le notifique cuáles serán los costos de sus registros antes de aprobar su envío.

Información sobre sus derechos de acceso a información: Excepto por ciertas circunstancias limitadas, usted podrá acceder a sus registros. Responderemos su solicitud dentro de 3 días (o 60 si se requiere tiempo adicional para obtener los registros) a partir del día en que recibamos este formulario completado. En ciertas situaciones podríamos negar su solicitud, pero si eso ocurre, le informaremos por escrito cuáles fueron las razones y le explicaremos qué derechos tiene para pedir una revisión del caso.

Por la presente solicito acceder a mi información de salud incluida en los registros de Saint Alphonsus tal como se indica arriba. Autorizo la entrega de cualquier información incluida en dichos registros relacionada con el tratamiento de alcohol y drogas, afecciones relacionadas con el uso de drogas, alcoholismo, afecciones psiquiátricas/psicológicas, tratamiento psiquiátrico/de salud mental y/o afecciones relacionadas con el VIH.

Firma del paciente o del representante personal _____

Fecha _____

Nombre del representante personal en letra de imprenta
(si no firmó el paciente) _____

Autoridad para actuar como representante
(Requiere documentación) _____

☐ Mailed ☐ Pick up Page Count: _____ Cost: \$ _____ Release by: _____ Date: _____



FIN: _____ MRN: _____

MRO Log ID: _____

ID verified: Type _____ By (initials): _____



Saint Alphonsus

A Member of Trinity Health

Aviso Informativo Sobre La No Discriminación, La Disponibilidad De Asistencia Lingüística, Ayudas Auxiliares Y Servicios De Accesibilidad

Saint Alphonsus Health System entiende que todos tenemos diferentes experiencias vividas, necesidades, identidades, costumbres y capacidades. Nos comprometemos a proporcionar una atención y unos servicios de calidad, accesibles y equitativos que respondan a las necesidades de las diversas comunidades a las que atendemos.

Saint Alphonsus Health System da la bienvenida a todos los que acuden a nosotros en busca de atención, tratamiento y servicios. Cumplimos todas las leyes federales sobre derechos civiles y no excluimos a nadie ni le tratamos de forma diferente debido a su edad, raza, color, origen étnico (incluido el conocimiento limitado del inglés y el idioma principal), nacionalidad, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, situación socioeconómica (incluida la capacidad de pago o la participación en Medicaid, Medicare o el Programa de Seguro Médico Infantil), sexo (incluido el sexo de nacimiento o el sexo legal), características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo o afecciones relacionadas, estereotipos sexuales, orientación sexual, identidad o expresión de género, condición de veterano o cualquier otra categoría protegida por la ley.

Como ministerio patrocinado por la Iglesia católica, proporcionamos servicios sanitarios guiados por los principios morales descritos en las Directrices éticas y religiosas para los servicios sanitarios católicos publicadas por la Conferencia de Obispos Católicos de Estados Unidos.

Saint Alphonsus Health System proporciona de forma gratuita ayudas auxiliares y servicios de comunicación, para que las personas puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes de lengua de signos cualificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otras lenguas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con

Servicios de Asistencia Lingüística en el 208-367-2121

Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS): 7-1-1

Saint Alphonsus Health System admite animales de servicio adiestrados para realizar trabajos o tareas en beneficio de personas con alguna discapacidad.

Si necesita otro tipo de modificación razonable o servicios de accesibilidad, coméntelo con su proveedor o con el Coordinador de la Sección 1557/Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Servicios de Asistencia Lingüística en el 208-367-5463

Si cree que Saint Alphonsus Health System no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante:

Relaciones con los Pacientes

1055 N. Curtis Road
Boise Idaho 83706
(208) 367-6226
BO-Patientrelations@saintalphonsus.org

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

O por correo o teléfono a

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamación están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

[Este aviso está disponible en la página web de Saint Alphonsus Health System:
www.SaintAlphonsus.org]

Notice of Availability of Language Assistance Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) or speak to your provider.

Español / Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) o hable con su proveedor.

Việt / Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-208-367-2121 (Người khuyết tật: 7-1-1) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

中文 / Simplified Chinese

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-208-367-2121（文本电话：7-1-1）或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ / Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 / Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

українська мова / Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) або зверніться до свого постачальника».

日本語 / Japanese

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

العربية/Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات أو تحدث إلى مقدم الخدمة (TTY: 7-1-1) يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-208-367-2121.

Română/Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți Română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Ajutoarele și serviciile auxiliare adecvate pentru furnizarea de informații în formate accesibile sunt, de asemenea, disponibile gratuit. Apelați 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) sau consultați cu furnizorul dumneavoastră.

ភាសាខ្មែរ / Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចផ្នែកនេះមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការផ្តល់ជូនសមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយភាគតិចផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Deutsch / German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Farsi فارسي (Persian)

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، کمک زبانی رایگان در دسترس شماست. کمک‌ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان موجود هستند. با 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Français / French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) ou parlez à votre fournisseur.

ไทย / Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้

ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

नेपाली / Nepali

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) o makipag-usap sa iyong provider.

Kiswahili/Swahili (Bantu)

TAHADHARI: Ikiwa unazungumza Kiswahili, huduma za usaidizi za lugha bila malipo zinapatikana kwako. Usaidizi na huduma zinazofaa za kutoa taarifa katika miundo inayofikika zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) au uzungumze na mtoa huduma wako.

Српски/Serbian

ПАЖЊА: Ако говорите Српски, обезбеђена вам је преводилачка услуга. Додатна одговарајућа помоћ и услуге за пружање информација у доступним форматима такође су доступни без надокнаде. Назовите 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) или разговарајте са вашим пружаоцем услуга.

Soomaali / Somali

FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) ama la hadal bixiyahaaga.

ထာနုလီဖဲအံ / Karen

ဆူ- နမ့ကတိ၊ ထာနုလီဖဲအံ၊ အသိ၊ တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ် ဘျီလၢ်စ့ၤလၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအ ကြးအဘျီ လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလၢ်ဘျီလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) မ့တမ့ၢ် ကတိတၢ်ဒီး နပုၤလၢဟ့ၣ် နတၢ်ကွၢ်ထွဲမၤစၢၤတက့ၢ်.

မြန်မာ / Burmese

သတိပြုရန်- သင်က မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုပါက၊ အခမဲ့ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုနိုင်သော ဖော်မတ်များဖြင့် အချက်အလက်များ ဖော်ပြပေးရန် သင့်လျော်သော အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-208-367-2121 (TTY: 7-1-1) သို့ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ဆောင်ရွက်ပေးသူနှင့် စကားပြောပါ။