

Department of Psychiatry
2301 W. Michigan Ave.
Midland, Texas 79701
Telephone 432-620-1160 | Fax 432-335-1480

**Texas Tech University Health Sciences Center
Patient Request for Access of Health Information**

Patient Name: _____
MRN: _____
DOB: _____

If you would like a copy of your medical record, please complete the form below.

Patient Name _____ Date of Birth: _____
Street Address _____ Last 4 numbers of SSN: _____
City, State, Zip: _____ Telephone: _____
Email address: _____

I would like for Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) to (choose one):

- Give me a copy of my health information
 Send my records to: Receive the information from:

(Name of Facility, Person, Company) (Street address or PO Box, City, State, Zip Code)

(Phone Number) (Fax Number)

(Email Address)

I would like these dates of service to be released: _____

Information to be released:

- Any and All records (complete record)

Only record types checked below:

- Progress Notes/clinic notes Schedule
 Laboratory Reports Other (please specify) _____
 Immunization Record Billing Records (dates) _____
 Medication Record Routine Record Set (Indicate date(s) of service _____
(office visits, lab, radiology, medicines, immunizations)

I agree that the following information may be released/used only as indicated below:

- | | |
|---|----------------|
| 1. Aids/HIV test results, diagnosis, treatment, and related information | Yes ___ No ___ |
| 2. Drug screen results and information about drug and alcohol use and treatment | Yes ___ No ___ |
| 3. Mental health information | Yes ___ No ___ |
| 4. Genetic testing | Yes ___ No ___ |

I want these records as a (choose one):

- CD-encrypted – password _____ CD-unencrypted
 USB –encrypted – password _____ USB-unencrypted
 Electronic
 Paper copy
 Other: _____

I want you to (choose one):

- Mail them
 Send via email (encrypted)
 Send via email (unencrypted)
 Fax them to: _____
 Prepare them to be picked up by _____

If you request your medical record to be sent to you unencrypted via your personal mail, you acknowledge that your PHI is being transmitted through an unsecure means of communication.

Signature: _____ Print Name: _____

Relationship to Patient: _____ Date: _____

Note: If the patient lacks legal capacity or is unable to sign, an authorized personal representative may sign this document for the patient (Written Proof may be required)

To be completed by TTUHSC:

Date of release: _____ via Mail Fax Other _____
 ID Verified DL/Other ID _____
Employee Name: _____ Date: _____

Texas Tech University Health Sciences Center
Solicitud del paciente para acceder a su información
médica

Nombre del paciente: _____
Número de historia clínica: _____
Fecha de nacimiento: _____

Si desea obtener una copia de su historia clínica, complete el siguiente formulario.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección _____ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Deseo que Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) (seleccione una opción):

- Me proporcione una copia de mi información médica
 Envíe mi historia clínica a: Obtenga la información de:

(Nombre del centro, la persona, la empresa) (Dirección o PO Box, Ciudad, Estado, Código postal)

(Teléfono) (Número de fax)

(Dirección de correo electrónico)

Deseo que se divulguen las siguientes fechas de prestación del servicio: _____

Información que se divulgará:

- Todos los informes (la historia clínica completa)

Únicamente los tipos de informes seleccionados a continuación:

- Notas clínicas o de evolución Régimen de visitas
 Informes de laboratorio Otro (especifique) _____
 Registro de vacunación Informes de facturación (fechas)
 Registro de medicamentos Conjunto de informes de rutina (señale las fechas de prestación del servicio) _____
(visitas al consultorio, laboratorio, radiología, medicamentos, vacunas)

Acepto que la siguiente información puede divulgarse o usarse únicamente de la forma que se indica a continuación:

1. Resultados de análisis, diagnóstico, tratamiento e información relacionada con SIDA/VIH Sí ___ No ___
2. Resultados de análisis de drogas, e información acerca del uso de drogas y alcohol, y su tratamiento Sí ___ No ___
3. Información de su salud mental Sí ___ No ___
4. Estudios genéticos Sí ___ No ___

Deseo que estos informes tengan el siguiente formato (seleccione una opción):

- CD cifrado, contraseña _____ CD no cifrado
 USB cifrado, contraseña _____ USB no cifrado
 Electrónico
 Copia impresa
 Otro: _____

Deseo que (seleccione una opción):

- Me los envíen por correo
 Me los envíen por correo electrónico seguro
 Me los envíen por correo electrónico personal (no seguro)
 Me los envíen por fax a: _____
 Los preparen para que los recoja _____

Si solicita que le enviemos su historia clínica de forma no cifrada a su correo electrónico personal, usted reconoce y acepta el riesgo que implica que su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se transmita por un medio de comunicación no seguro.

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Nota: Si el paciente no es legalmente capaz o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este documento en nombre del paciente (se puede solicitar un comprobante por escrito)

To be completed by TTUHSC:

Date of release: _____ via Mail Fax Other _____

ID Verified DL/Other ID _____

Employee Name: _____ Date: _____

TTUHSC Patient Request for Access to Medical Record

HIPAA approved forms: www.ttuhscc.edu/hipaa