

Formulario de Solicitud de Expediente Médico

Este formulario se usa para solicitar copias de expedientes médicos. Sólo los pacientes o sus representantes legales pueden solicitar un expediente médico. Texas Children's puede verificar su identidad o tutela. Algunas solicitudes pueden estar sujetas a una cuota razonable. Escriba en letra de imprenta.

Parte 1: Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Parte 2: ¿Qué información está solicitando? (Seleccione todas las que correspondan)

Fecha(s) del servicio: _____

- Exp. de clínica / clínica de consultas ext. - Clínica: _____ Proveedor: _____
- Resumen de hospitalización (incluye portada, resumen del alta, antecedentes e informes quirúrgicos, anatomopatológicos y de exámenes físicos, informes de consultas, informes radiológicos y EEG)
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos y radiografías | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes / Examen físico | <input type="checkbox"/> Informes cardiológicos y ECG | <input type="checkbox"/> Información de facturación (reclamaciones) |
| <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes anatomopatológicos | <input type="checkbox"/> Comentarios de evolución | <input type="checkbox"/> Toda la información médica |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores o actuales | |

Expedientes de salud mental o conductual (se puede requerir la aprobación del médico o psicólogo):

- Expedientes psiquiátricos o de salud mental Pruebas neuropsicológicas Otros _____

Parte 3: Objetivo de la entrega: (Seleccione una casilla solamente)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uso personal (omite la Parte 4 a cont.) | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Escuela |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento o atención médica continua | <input type="checkbox"/> Fines legales | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Facturación o reclamaciones | <input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Parte 4: Se debe llenar solamente para entregas a terceros. (Si es para fines personales, omita esta sección).

Deseo que los expedientes médicos solicitados sean enviados al tercero (por ejemplo, un empleador o una escuela) que indico abajo. Llenar este formulario significa que autorizo a Texas Children's a entregar estos expedientes a la siguiente persona o grupo. Comprendo que una vez que mi información salga de Texas Children's, Texas Children's ya no podrá protegerla, y que los recipientes de mi información pueden no estar obligados legalmente a proteger mi información.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio postal: _____

Parte 5:

- Seleccione esta casilla si desea recibir los expedientes en formato electrónico (CD).** Esta opción sólo está disponible para los expedientes del sistema de archivo electrónico de Texas Children's.

Parte 6: Términos de Autorización. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, de acuerdo con las instrucciones del Aviso de Prácticas de Privacidad de Texas Children's, excepto en la medida en que se haya emprendido alguna acción basada en la presente autorización. A menos que se revoque de otra forma, esta autorización vencerá 180 días después de la fecha de este documento o en la fecha aquí indicada: _____, la que ocurra primero. Si la persona o entidad que recibe la información no es un profesional de la salud ni un plan de salud cubierto por reglamentos federales sobre privacidad, es posible que la información descrita más arriba sea divulgada de nuevo y ya no esté protegida por dichos reglamentos. La información entregada puede contener información relacionada con el SIDA o una infección por el VIH, drogadicción o alcoholismo, salud mental o conductual, o atención psiquiátrica, excepto por las notas de psicoterapia. Texas Children's no condicionará el tratamiento o pago a la entrega de este formulario lleno.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____ Parentesco con el paciente: _____

Se requiere la firma de un menor de edad para la entrega de ciertos tipos de información, incluida, por ejemplo, la entrega de información relacionada con algunos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción o alcoholismo, y tratamiento de salud mental (Véase el Art. 32.003 del Código Familiar de Texas).

Firma del menor de edad: _____ Fecha: _____

Envíe por correo postal o entregue los formularios llenos a:

Release of Information, MC A-1195
Texas Children's
6621 Fannin Street
Houston, TX 77030