

Este formulario es usado para solicitar copias de expedientes médicos. Solamente los pacientes o sus representantes legales podrán solicitar expedientes médicos. Texas Children's podría verificar su identidad/tutela. Algunas solicitudes podrían estar sujetas a una tarifa razonable. Usted puede solicitar una copia electrónica de sus expedientes médicos en formato PDF, a través de su Portal de Paciente MyChart. Por favor escriba en letra de molde.

## Parte 1: Datos del paciente

Nombre del paciente (por favor escriba en letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Parte 2: Información protegida de salud que usted solicita sea liberada:

Información a ser liberada de la(s) fecha(s) de servicio del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Tipo de Información a ser liberada: **Por favor no marque cada casilla si el expediente completo será necesario; vea la primera casilla.**

<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Informes de Radiología	<input type="checkbox"/> Información de Cobros (Reclamos)
<input type="checkbox"/> Extractos de hospitalización	<input type="checkbox"/> Expedientes de Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/> Informes de EKG/Cardiología	<input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología en CD
<input type="checkbox"/> Citas Ambulatorias/ En Clínica Especifique la fecha de la cita: _____ Especifique el Proveedor: _____	<input type="checkbox"/> Informes de Consultas	<input type="checkbox"/> Informes de Patología	<input type="checkbox"/> Fotografías/Digitales u otras Imágenes/Video Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Historial/Examen Físico	<input type="checkbox"/> Informe Operatorio/ Procedimiento	<input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro: _____

## Parte 3: AUTORIZACION ESPECIFICA, la cual requiere de un consentimiento específico bajo ley federal: (marque todo lo que corresponda)

Expedientes de Salud Psiquiátrica/Conductual     Pruebas Neuropsicológicas     Expedientes/pruebas de salud genética

**Los expedientes de salud mental/conductual (podrían requerir la aprobación del médico/psicólogo)**

**Parte 4: Formato Preferido:** Entiendo que tengo el derecho a recibir mi información de salud en el formato de mi preferencia siempre y cuando mi información sea guardada en forma electrónica y Texas Children's sea capaz de satisfacer la solicitud.

CD con contraseña de protección     Copias en papel por Correo     Copias en papel a ser recogidas en persona  
 (PDF) Electrónico del portal de paciente MyChart (debe solicitarlo a través de su Portal MyChart )

**Parte 5: Propósito de la liberación de información:**     Continuidad de la Atención Médica     Otro (especifique): \_\_\_\_\_

## Parte 6: Si los expedientes serán liberados a un tercero. (Si la liberación es para uso personal, omita esta sección.)

Deseo que los expedientes médicos solicitados sean enviados a un tercero (por ejemplo, un lugar de trabajo o escuela) el cual yo he indicado a continuación. El completar este formulario servirá de Autorización para que Texas Children's libere estos expedientes a esta persona o grupo. Entiendo que una vez que mi información salga de Texas Children's, Texas Children's ya no será capaz de proteger dicha información y quienes reciban mi información podrían no ser requeridos por ley a protegerla.

Nombre del individuo que usted desea reciba los expedientes: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de fax (si los expedientes en papel son menos de 50 páginas)

**Parte 7: Términos de Autorización:** Yo entiendo que esta autorización podría ser revocada por escrito en cualquier momento de acuerdo a las instrucciones en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Texas Children's, excepto hasta donde esa acción haya sido tomada en dependencia de esta Autorización. A menos que sea revocada, esta Autorización caducará el primero de 180 días de la fecha de Autorización o en la fecha aquí indicada: \_\_\_\_\_.

Todo lo liberado bajo este formulario se limita a los expedientes fechados hasta e incluyendo la fecha de la firma del paciente o tutor legal. Una nueva solicitud de liberación será necesaria para liberar información de atención médica brindada después de la fecha de la firma del paciente o tutor legal.

Si la persona o entidad que reciba la información no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto bajo regulaciones federales de privacidad, la información anteriormente descrita podría ser divulgada de nuevo y no estar más protegida por esas regulaciones. La información liberada podría contener datos relacionados al SIDA o infección por VIH; abuso de drogas o alcohol; salud mental o conductual o atención médica psiquiátrica, excepto para notas de psicoterapia. Texas Children's no condicionará el tratamiento ni pagos por el hecho de yo completar este formulario.

## Part 8: Firmas

Firma del Paciente o su Representante Legal:

Fecha:

Nombre del Representante Legal del Paciente:

Relación con el Paciente

La firma de un individuo menor de edad es requerida para la liberación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la liberación de información relacionada a ciertos tipos de atención médica reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias y tratamientos de salud mental (Ver, Tex. Fam. Code §32.003).

Firma del paciente menor de Edad: \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Envíe los formularios completos por correo, fax o entrega a:

Health Information Management - Release of Information,

MC A-1195 Texas Children's

6621 Fannin Street Houston, TX 77030

Fax: 832-825-9056 Email: [releinfo@texaschildrens.org](mailto:releinfo@texaschildrens.org)