



Solicitud de acceso a información médica protegida

Información del paciente	Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____
	Fecha de nacimiento: / / Otros nombres posibles (p. ej., apellido de soltera, nombre preferido, etc.): _____
	Dirección: _____ N.º de teléfono: _____
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Compartir con	Nombre: _____
	Dirección: _____
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
	Correo electrónico: _____ N.º de teléfono: _____
<i>Por este medio solicito a Nationwide Children's que me dé acceso o copias de mi información médica protegida según se indica arriba.</i>	
Método de acceso	Elegir el formato: <input type="checkbox"/> Acceso/revisión en el lugar <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Unidad USB/Flash <input type="checkbox"/> Papel
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> N.º de fax: _____
Método de entrega	Elegir método de entrega: <input type="checkbox"/> Por correo postal a la dirección de arriba <input type="checkbox"/> Recogerlo en 255 E. Main Street Columbus, Ohio 43215
	<i>Si elige la opción de correo electrónico, por este medio reconoce y acepta el riesgo inherente asociado con la transmisión no segura del correo electrónico, lo que puede poner su información en riesgo de que otra persona tenga acceso a ella, y usted acepta que NCH no será responsable por las revelaciones que pueda haber en tránsito.</i>
Propósito	Propósito de la revelación (marque todo lo que corresponda):
	<input type="checkbox"/> Atención del paciente <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Otro _____
Información que se pide	Fechas del tratamiento solicitado: Desde: / / Hasta: / /
	<input type="checkbox"/> Expediente resumido de paciente ingresado (incluyendo la historia y exámenes físicos, informe de consultas, informe operativo, resumen del alta y resultados de pruebas)
	<input type="checkbox"/> Informe operativo <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Expediente del departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Expediente de atención de emergencia
	<input type="checkbox"/> Informes de radiografías <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Otros resultados de pruebas _____
	<input type="checkbox"/> Imágenes en CD <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Registros clínicos de pacientes ambulatorios (especifique clínica/departamento) _____
<input type="checkbox"/> Visita para control de niño sano o examen físico <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Lista de fechas de visitas <input type="checkbox"/> Expediente médico legal completo	
<input type="checkbox"/> Otra información _____	
Padre/madre/paciente/tutor legal	Entiendo que NCH puede cobrarme una tarifa por los registros solicitados de conformidad con las leyes federales y estatales. (Programa de tarifas disponible previa solicitud)
	Entiendo que esta solicitud vencerá un año después de la fecha de mi firma, que figura abajo. Durante ese tiempo, puedo solicitar la misma información sin necesidad de llenar un nuevo formulario. Entiendo que, si necesito información nueva/adicional/diferente de la que está en este formulario, tendré que completar y presentar un formulario nuevo.
	Entiendo que puedo pedir una copia de este formulario después de haberlo firmado. Una fotocopia de este formulario se considerará como el original.
	Entiendo que, según la información que solicite, podrá haber un retraso en el procesamiento de esta solicitud. Si el plazo para completar esta solicitud se demora más de 30 días, el equipo de Revelación de la Información le informará por escrito.
Entiendo que NCH puede rechazar esta solicitud, total o parcialmente, en circunstancias limitadas, en virtud de lo establecido por las leyes federales y estatales, si existe probabilidad razonable de que el acceso solicitado pueda poner en peligro la vida o la seguridad física, o pueda causar un daño considerable al paciente o a otra persona. Si NCH me niega el acceso, debe darme una denegación por escrito en la que se declare el motivo de la negación y cómo se puede revisar o apelar la decisión.	
Firmando abajo, afirmo que soy el paciente o el representante personal del paciente y que tengo la autoridad para autorizar quién puede tener acceso o recibir la información médica de este paciente.	
_____ Nombre del paciente (o del representante personal) en letra de molde	
_____ Relación con el paciente	
_____ Firma del paciente (o del representante personal)	
_____ Fecha/hora:	
Presentar	Por correo electrónico: MedicalRecordRequests@nationwidechildrens.org
	Por fax: Administración de información médica 614-355-0797
Por correo postal: Nationwide Children's Hospital A/A: HIM Dept. 700 Children's Drive Columbus, Ohio 43205	

Consejos para solicitar copias del expediente médico

Pago de registros médicos

Se cobrará una tarifa basada en el costo por los registros provistos en todos los formatos (excepto MyChart). También se cobrarán gastos de envío cuando corresponda. Los registros que se dan mediante MyChart serán **GRATUITOS**.

Opciones de pago:

- **Tarjeta de crédito o débito:** el equipo de Revelación de la Información lo llamará por teléfono para procesar el pago cuando complete su solicitud.
- **Cheque bancario u orden de pago:** a nombre de Nationwide Children's Hospital, A/A: HIM Dept. Los registros se entregarán una vez recibido el pago.

Tipos de información médica que puede solicitar

Expediente resumido de paciente ingresado	Incluye la historia y examen físico, informe de consultas, informe operativo, resumen del alta y resultados de pruebas.
Informe operativo	Informe detallado de los procedimientos quirúrgicos hechos durante una visita de paciente ingresado o ambulatorio.
Resumen del alta	Resumen de su estancia en el hospital, incluyendo diagnóstico, tratamiento e instrucciones de seguimiento.
Expediente del departamento de emergencias	Documentación de su visita al departamento de emergencias, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento recibido.
Expediente de atención de emergencia	Registros de las visitas a la atención de emergencia, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento y las recomendaciones de seguimiento.
Informes de radiografías	Interpretaciones escritas de las radiografías hechas por un radiólogo.
Resultados de laboratorio	Resultados de los exámenes de sangre, orina y otras pruebas hechas.
Imágenes en CD	Copias digitales de estudios de imagen como radiografías, MRI y CT.
Fotos	Fotografías clínicas hechas con fines de documentación médica y tratamiento.
Registros clínicos de pacientes ambulatorios	Registros de visitas a pacientes ambulatorios, incluyendo consultas, notas de evolución y planes de tratamiento.
Visita para control del niño sano o examen físico	Documentación de las revisiones de rutina y los exámenes físicos, incluyendo las historias de crecimiento y los indicadores del desarrollo.
Vacunas	Registros de las vacunas recibidas, incluyendo las fechas y los tipos de vacunas administradas.
Lista de fechas de visitas	Una lista cronológica de todas sus citas y visitas médicas.
Expediente médico legal completo	Una recopilación completa de todos los registros médicos conservados con fines legales, incluyendo, entre otros, los siguientes: formularios de consentimiento, tarjetas de identificación del seguro, diagramas de flujo y demás documentación médica pertinente.

Información confidencial (Si se solicitarán registros de tratamiento relacionado con consumo de alcohol/drogas, completar el Formulario OCC-775 de autorización de salud conductual para revelar la información).

Abuso de sustancias	Registros relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del abuso de sustancias.
Información relacionada con el VIH (incluyendo las pruebas relacionadas con el sida)	Documentación del estado del VIH, pruebas y tratamientos relacionados.
Salud mental	Registros de diagnósticos de salud mental, tratamientos y sesiones de terapia.