|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ou-logo | | **Universidad de Oklahoma** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Solicitud de Información de Salud o Registros de Tratamiento**  **(Para Usar Cuando el Paciente Solicita sus Propios Registros o los de su Hijo/a para Sí Mismo o Su Abogado±)**  **Request for Health Information/Treatment Records**  **(For Use When Patient Wants Own/Child’s Records for Self or Attorney±)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido del Paciente: | | | |  | | | | | | Nombre: | | | | | | | |  | | | | | Segundo Nombre: | | | | | | | | | |  | | |
| Otros Nombres Usados: | | | | |  | | | | | | Fecha de Nacimiento: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | Ciudad: | |  | | | | | | | | | | | | Estado: | | | | |  | | | | Código Postal: | | | | |  | |
| Teléfono Particular: | | | (     ) | | | | Teléfono Alternativo: | | | | | | | | | | | | (     ) | | | | | Teléfono Móvil: | | | | | | | | (     ) | | | |
| Si se encuentra inscripto en la UO, indique las fechas de inscripción: desde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | hasta | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicito acceso a la siguiente información protegida de salud O una copia de la misma (o bien, si soy estudiante de la UO, mi registro médico/académico indicado)  Desde el (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta el (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Creado o conservado por este Proveedor o Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Los registros a los que solicito acceso o de los que solicito copia son: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expediente Médico Completo\*  No incluye los Registros/Información de Facturación y las Notas de Psicoterapia | | | | | | | | | | | | | | | | O solo informes parciales de la siguiente información de mi expediente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Historial de Rayos-X/Radiografías | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Historial de Vacunación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expediente Médico Completo además de Registros/Información de Facturación**\***  Excluye las Notas de Psicoterapia | | | | | | | | | | | | | | | | Informes de Alta Médica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Medicamentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Informes Patológicos/ de Laboratorio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Registros de Facturación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Notas de Psicoterapia\* (si selecciona esta opción, no podrá seleccionar ninguna otra casilla. Deberá completar una copia del formulario por separado para obtener registros adicionales). | | | | | | | | | | | | | | | | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*La información autorizada para ser divulgada puede contener información relacionada con la salud mental o con enfermedades transmisibles o no transmisibles. La divulgación de los historiales de salud mental o las notas de psicoterapia requieren el consentimiento del proveedor médico o de una orden judicial. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Acepto que los costos de los registros no superarán los siguientes montos, **pagaderos a la Universidad de Oklahoma antes** del envío de los registros:   - Formato en Papel: 50 centavos por página, más gastos de envío por correo.  - Formato Digital: 30 centavos por página, además del costo del medio digital (disco, memoria flash, etc.), más gastos de envío por correo.  - Rayos X/Radiografía: $5 por película de rayos X/radiografía, además del costo del medio, más gastos de envío por correo.   * Hay una tarifa de $10 por certificación, declaración jurada o documentación similar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personalmente, pasaré por la institución para recoger las copias de mi documentación. | | | | | | | | | | | | | | | | Enviar por correo las copias de mis registros a la dirección anteriormente indicada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enviar por fax mi documentación a: (     ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | Enviar copias de mis registros a la dirección indicada a continuación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | Nombre de la Firma/Abogado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección de la Firma / Abogado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Comprendo que la información autorizada para ser divulgada podrá incluir registros de trastorno por uso de sustancias. Este tipo de información de salud/registros médicos está protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Sección 2). A tales efectos, resulta insuficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Por tanto, al firmar el presente documento, autorizo en forma explícita la divulgación de la información incluida en mi historial médico. Las normas Federales restringen el uso de la información provista para investigar o procesar penalmente a los pacientes por abuso de drogas o alcohol. Las normas federales prohíben que quien reciba esta información o registro pueda hacerla pública salvo previa autorización por escrito de la persona a la que pertenece dicha información o en virtud del art. 42 CFR Sección 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |
| **Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal Autorizado \*\*** | | | | | | | | | | | |  | **Relación con el Paciente** | | | | | | | | | | | | | |  | | | **Fecha** | | | | | | |

**\*\*Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal**

**± Incluye un representante personal o designa al**

Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma (*OU Health Sciences Center*), University Privacy Official,P. O. Box 26901,Oklahoma City, OK 73129