



Solicitud de Información de Salud o Registros de Tratamiento
(Para usar cuando el paciente solicite sus propios registros o los de su hijo/a para sí mismo o su abogado[±])

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 actualmente inscripto en la OU, indique la fecha 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 Universidad de Oklahoma, mi registro médico/académico indicado)

Desde el (fecha) _____ hasta el (fecha) _____

Creado y 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
- ☐ Expediente Médico Completo además de Registros/Información de Facturación*
Excluye las Notas de Psicoterapia
- ☐ Notas de psicoterapia* (si se señala esta casilla, no se tienen que señalar las demás. Deberá completar una copia del formulario por separado para obtener registros adicionales).
- ☐ Registros de SUD (si se señala esta casilla, no se tienen que señalar las demás)

O solo informes parciales de la siguiente información de mi expediente:

- ☐ Historial de Rayos-X/Radiografías
☐ Historial de vacunación
☐ Informe de Alta médica
☐ Medicamentos
☐ Historial de patologías/laboratorio
☐ Historial de facturas médicas
☐ Otro: _____

*La información autorizada para ser divulgada puede contener información relacionada con la salud mental. La divulgación de los historiales de salud mental, notas sobre el trastorno por consumo de sustancias (SUD), 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 mis historiales médicos por fax a: () _____

☐ Otro (si corresponde): _____

☐ Enviar por correo las copias de mis registros a la dirección anteriormente indicada.

☐ Enviar por correo las copias de mis registros a la dirección indicada a continuación:

Nombre de la firma/abogado: _____

Dirección de la firma/abogado: _____

☐ Comprendo que no puede garantizarse la seguridad del correo electrónico y que individuos no autorizados pueden acceder a los mensajes. Entiendo que la información enviada a través de un medio electrónico puede incluir información que indique la presencia de enfermedades transmisibles o no transmisibles, historiales de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias. Es mi responsabilidad notificar a la Universidad de Oklahoma de cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico después de enviar este formulario. **Entiendo y acepto las declaraciones anteriores y deseo que se me envíen mis registros por correo electrónico a la dirección que figura a continuación.**

@

- 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/Madre, o
Representante Legal Autorizado**

Relación con el Paciente

Fecha

** Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal.
± Incluye al representante personal o designados