



# Medical Records Request

## AUTORIZACION PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

Nombres Anteriores (si es aplicable) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardián (Completando el Formulario) \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Yo Autorizo a **Connecticut Children's** a  **Compartir** mi expediente   **Obtener** mi expediente

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

### Método de Divulgación (seleccione una opción)

Correo  Electrónico \_\_\_\_\_

Recoger (indique como podemos contactarle cuando los expedientes estén listos \_\_\_\_\_)

MyChart (debe tener cuenta activa)  Fax \_\_\_\_\_

### Propósito de la Divulgación

Médica  Legal  Discapacidad  Seguro  Escuela  Uso Personal  Otro \_\_\_\_\_

### Información Medica Solicitada

Fechas de Tratamiento / Rango de Fecha (Requerido) \_\_\_\_\_

Nota de Oficina (Proveedor/Especialista) \_\_\_\_\_

Historial y Fisico  Resumen de Alta  Reportes Operatorios  Vacunas

Reporte de Laboratorio  Reporte de Patología  Reporte de Radiología  Reporte de Sala de Emergencia

**Expediente Abstracto** (incluye todo lo anterior)

**Entire Record** (includes all of the above AND nursing flowsheets, orders, ancillary notes, etc.)

Imágenes de radiología (CD)  Factura Detallada

Otro \_\_\_\_\_

Si los Expedientes son para una **PRÓXIMA** cita, por favor especifique la fecha de la cita: \_\_\_\_\_



**AUTHORIZACION PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Yo autorizo a Connecticut Children's y/o Connecticut Children's Specialty Group a utilizar y/o divulgar mi información de salud protegida (PHI) por sus siglas en inglés según lo proporcionado arriba. **Yo entiendo que la divulgación de expediente puede contener información relacionada al cuidado de salud mental/psiquiátrico, e información relacionada al uso y/o abuso de alcohol, sustancias, VIH cuidado de salud reproductiva atención de afirmación de género a menos que opte por no participar a continuación.** Yo entiendo que puedo revocar mi autorización enviando una carta por escrito al Departamento de Manejo de Información de Salud (HIM) por sus siglas en inglés. Cualquier revocación de este tipo no aplicará a información que haya sido divulgada en virtud de esta autorización. Yo entiendo que mi/el tratamiento de mi niño o pago de servicio no está condicionado de ninguna manera a si firmo o rechazo firmar esta autorización. Yo entiendo que una vez que la información de salud personal (PHI) por sus siglas en inglés que este listada a continuación es usada o divulgada nuevamente por el beneficiario/recibidor y pudiera ya no estar protegida por la regulación de protección federal. Este formulario de autorización expira en doce meses a partir de la fecha de ejecución a menos que yo revoque la autorización.

**NOTA RESPECTO A LA INCLUSIÓN DE INFORMACIÓN DE VIH/SIDA, SALUD CONDUCTUAL, ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL E INFORMACIÓN REPRODUCTIVA.** Información: El expediente médico incluye toda la información de salud del paciente, incluyendo cualquier información relacionada a VIH/SIDA, salud mental, abuso de drogas y alcohol, cuidado de salud reproductiva, y cuidado de afirmación de género ("Información Sensitiva"). La divulgación de expedientes médicos como se solicitó en este documento incluye cualquier Información Sensitiva a menos que usted solicite que la información sensitiva sea excluida marcando la caja a continuación.

Por favor **NO** incluya la siguiente información:

Salud Mental/Psiquiátrico     Exámenes de VIH e Información Relacionada     Uso y/o abuso de Sustancias  
 Salud Reproductiva     Cuidado de Afirmación de Género     Otro \_\_\_\_\_

Nombre escrito \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Marque uno:  Paciente     Padre     Guardián Legal     Otro \_\_\_\_\_

*Nota: Si la caja de guardián legal está marcada, debe proveer documentación que establezca la tutela o debe estar en el expediente para cumplir con lo solicitado anteriormente.*

Firma del Menor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*(Solamente se requiere si el paciente es mayor de 13 y los expedientes incluyen la información sensitiva mencionada antes)*

Si los expedientes médicos se obtienen de un proveedor externo para el cuidado de un paciente, por favor indique al proveedor/oficina de Connecticut Children's:

Proveedor/ Nombre de la oficina \_\_\_\_\_

Información de Contacto \_\_\_\_\_

**Por favor someta los formularios a la dirección a continuación. Para agilizar el proceso, por favor Incluya una foto de su identificación (ID).**

Connecticut Children's Medical Center  
Health Information Management  
10 Columbus Blvd – 4<sup>th</sup> Floor  
Hartford, CT 06106  
Phone: (860) 837-5780  
Fax: (860) 837-5785  
Email: [HIMROI@ConnecticutChildrens.org](mailto:HIMROI@ConnecticutChildrens.org)