



Pasos para solicitar registros médicos

1. STOP - Si tiene una cuenta de MyChart, puede solicitar registros médicos a través de su cuenta y recibir una copia GRATUITA de los registros electrónicos. Complete el **formulario de solicitud de registros médicos** en el menú.
2. Complete todos los campos requeridos (escritos a mano o electrónicamente) en **Autorización para divulgar información de salud** para evitar demoras en el procesamiento de la solicitud (se devolverán formularios incompletos)
3. Las firmas **solo** pueden ser manuscritas (no se aceptan firmas electrónicas)
4. Adjunte una copia de la identificación con foto
5. Correo, fax, entrega en persona o formulario e identificación completados por correo electrónico

[Scottish Rite for Children](#)

Health Information Management Department

Release of Information

2222 Welborn Street

Dallas, Texas 75219

Correo electrónico: HIM_Main@tsrh.org

Teléfono: [214-559-7455](tel:214-559-7455)

Fax: [214-559-7422](tel:214-559-7422)

Horario de atención:

Lunes – Viernes 8:00 a.m. – 4:30 p.m.

**SCOTTISH RITE
FOR CHILDREN
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA**

"AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION"

N.º de expediente médico (solo personal): _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	FDN: _____	NÚMERO DE TELÉFONO: _____
-----------------------------------	-------------------	----------------------------------

2222 Welborn St., Dallas, TX 75219 Número de teléfono: 214-559-7455 Fax:214-559-7422	5700 Dallas Pkwy., Frisco, TX 75034 Número de teléfono: 469-857-2075 Fax: 469-857-2076	3800 Gaylord Pkwy., Ste. 850 Frisco, TX 75034 Número de teléfono: 469-857-2075 Fax: 469-857-2076
---	---	---

Por medio de la presente autorizo a **SCOTTISH RITE FOR CHILDREN (SRC)** para que divulgue la información médica o del tratamiento del paciente antes mencionado a:

NOMBRE DE LA PERSONA/CENTRO: _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **REMALLERA:** _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **NÚMERO DE FAX:** _____

MARQUE EL TIPO DE INFORMACIÓN AUTORIZADA A SER DIVULGADA

NOTA: La casilla correspondiente debe marcarse para evitar retrasos en la solicitud. Solo divulgaremos los expedientes que fueron solicitados de manera específica.

MÉTODO DE ENVÍO: Recogida Correo Fax (solo organizaciones de salud) MyChart Comunicación verbal
 Correo a: _____ Cifrado Sin cifrar

(la información solo se enviará con cifrado a menos que se especifique lo contrario. Al solicitar un correo electrónico sin cifrar, yo reconozco que hay riesgo de que un tercero acceda a la información médica).

MEDIOS ELECTRÓNICOS: CD USB/Unidad flash (tarifa plana) **COPIA IMPRESA** (la tarifa depende del número de páginas)

FECHA(S) DEL SERVICIO: _____ **a través de** _____

<input type="checkbox"/> Resumen (nota de evolución clínica, historia clínica (H&P), expediente operatorio, pruebas de laboratorio, consulta, patología, radiología, resumen del alta médica, lista de diagnósticos y procedimientos) <input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico (incluye el resumen de los códigos de los diagnósticos/procedimientos) <input type="checkbox"/> Resumen de codificación (diagnósticos/procedimientos) y hoja facial <input type="checkbox"/> Notas de evolución (clínica, hospitalaria o ambulatoria) <input type="checkbox"/> Centro para la evaluación de la dislexia/evaluación de expedientes <input type="checkbox"/> Cuidado y Tratamiento – SOLO COMUNICACIÓN VERBAL	<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> OP/Informe de Procedimiento <input type="checkbox"/> Informe de Informe de laboratorio o ruta de acceso <input type="checkbox"/> Expediente radiológico <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas - CD <input type="checkbox"/> Expedientes de implantes	<input type="checkbox"/> Expediente médico completo <input type="checkbox"/> Expediente de facturas <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo de pares (Nombre/n.º de teléfono de los padres) <input type="checkbox"/> Formulario/Carta/Otro: _____
--	--	---

CON EL PROPÓSITO DE: Expedientes personales Escuela Milicia Legal Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)/discapacidad
 A petición del individuo Otros _____ Continuidad de la atención; cuando proceda: fechas de las próximas citas: _____

SE REQUIERE SU INICIAL PARA LAS SOLICITUDES DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL A CONTINUACIÓN:

Información genética (incluidos los resultados de la prueba genética) **Inicial** _____ Expedientes de consumo de drogas, alcohol o de sustancias **Inicial** _____
 Salud mental (NO las notas de psicoterapia) **Inicial** _____ Tratamiento y resultados de la prueba de SIDA/VIH **Inicial** _____

Entiendo que:

- ✓ Esta autorización tendrá efecto por un año desde la fecha en la que sea firmada. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificarles por escrito a nuestro recinto principal, el **Departamento de administración de información de salud (Registros Médicos)** (Health Information Management, HIM) en 2222 Welborn Street, Dallas, Texas 75219.
- ✓ Cualquier información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que sea divulgada antes de una revocación o solicitud de cancelación – fue divulgada de buena fe y ahora se encuentra en los expedientes de una entidad o proveedor médico como se autorizó previamente.
- ✓ La PHI usada o divulgada en virtud de este formulario puede estar sujeta a una redivulgación por el beneficiario y puede ya no estar protegida por la ley federal o estatal, y la información recibida por el SRC de parte de otro proveedor médico está sujeta a una redivulgación conforme al capítulo 159, del Código de Ocupación de Texas (Texas Occupations Code, TX OCC) 159.005(e) y la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- ✓ El SRC no es responsable del mal uso o la divulgación hechos por un tercero a quien haya autorizado la divulgación de la PHI.
- ✓ Tengo el derecho de solicitar, inspeccionar o sacar una copia de la PHI que se usará o se divulgará, según lo establecido en el Código de Normativas Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 164.524. También entiendo que bajo la privacidad de la HIPAA, mi acceso a la PHI puede estar restringido, cuando proceda, para mi atención y tratamiento. En caso de tener preguntas relacionadas con las divulgaciones de mi PHI, puedo ponerme en contacto con el departamento HIM en SRC.
- ✓ Puedo negarme a completar esta autorización y, si la completo, entiendo que no tengo que proporcionar un motivo para solicitar mi PHI.
- ✓ Puede haber cambios nominales para la copia y el envío de estos expedientes. Esto se discutirá al momento de firmar o entregar esta solicitud.
- ✓ La autorización de la divulgación de la PHI es voluntaria y el tratamiento médico o la elegibilidad para mis beneficios (o los de mi hijo) no se verán afectados si no firmo el formulario.
- ✓ La información en mi expediente médico (o el de mi hijo) puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información relacionada con los servicios médicos o conductuales relacionados con el alcohol, el consumo de drogas o asuntos sociales o familiares. Las notas de psicoterapia escritas por un profesional de la salud mental que documente o analice la conversación durante la sesión de asesoramiento se mantienen por separado. Dicha información está sujeta a protecciones especiales en virtud de las leyes y las normativas estatales y federales.

Firma del paciente o del representante personal _____	Fecha _____	<input type="checkbox"/> ID Type (Staff Only): _____
		<input type="checkbox"/> Request Fulfilled: Date _____ Initials _____

Nombre en letra de imprenta del paciente o del representante personal _____ **Relación de la autoridad del representante personal** _____

