

Autorización para divulgar/obtener/intercambiar información médica del paciente

Nota	Es posible que pueda descargar los expedientes médicos recientes de MyChart sin completar este formulario. Para obtener información e instrucciones, visite seattlechildrens.org/patients-families/mychart. Para solicitar expedientes no disponibles a través de MyChart, hay un formulario electrónico que puede completar en MyChart como alternativa a este formulario en papel. Para evitar demoras, complete todas las secciones en su totalidad, luego firme, feche y envíe a una de las siguientes opciones. Consulte la página 2 para obtener más información sobre cómo completar este formulario.											
Paciente	Nombre del paciente: (Nombre legal) _____ Apellido Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento: _____ Mes Día Año Otros nombres que ha usado: _____ (si corresponde)											
Información a divulgar	Autorizo a: ☐ Seattle Children's Hospital y Odessa Brown Children's Clinic ☐ Seattle Children's Primary Care Group (SCPCG) ☐ Richmond Pediatrics ☐ University Place Pediatrics Nota: El Departamento de Integridad de la Información Médica (HII, sus siglas en inglés) no comparte información de pacientes por teléfono. Para: ☐ Dar a ☐ Obtener de ☐ Comunicar verbalmente (a la persona/entidad mencionada a continuación) Organización/Destinatario/Persona _____ Dirigido a: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ No. de teléfono: (____) _____ No. de fax: (____) _____ Correo electrónico: _____ (se requiere para entrega en CD y electrónica) Método de entrega: Se enviarán copias en papel al destinatario a menos que se marque otro formato: ☐ Disco compacto (CD) ☐ Correo electrónico ☐ MyChart (se requiere una cuenta activa) Propósito(s) de su petición: ☐ Continuación de atención ☐ Uso personal ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Escuela ☐ Discapacidad ☐ Otro (aclarar): _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:35%; vertical-align: top;"> Período de los expedientes: Del _____ Al _____ Mes/Año Mes/Año Si no se especifica una fecha, se dará un resumen del último (1) año de documentación médica. Consulte la página 2 para obtener más detalles. </td> <td style="width:65%; vertical-align: top;"> Seleccione el/los tipo(s) de información que puede divulgarse: ☐ Notas clínicas ☐ Hospitalización ☐ Departamento de emergencia ☐ Laboratorio y patología y informes de radiología ☐ Notas quirúrgicas/de procedimiento ☐ Resumen psiquiátrico/plan de atención ☐ Inmunizaciones ☐ Registros educativos ☐ Plan de atención en la escuela ☐ Registros de facturación ☐ Otro (aclarar) </td> </tr> </table>			Período de los expedientes: Del _____ Al _____ Mes/Año Mes/Año Si no se especifica una fecha, se dará un resumen del último (1) año de documentación médica. Consulte la página 2 para obtener más detalles.	Seleccione el/los tipo(s) de información que puede divulgarse: ☐ Notas clínicas ☐ Hospitalización ☐ Departamento de emergencia ☐ Laboratorio y patología y informes de radiología ☐ Notas quirúrgicas/de procedimiento ☐ Resumen psiquiátrico/plan de atención ☐ Inmunizaciones ☐ Registros educativos ☐ Plan de atención en la escuela ☐ Registros de facturación ☐ Otro (aclarar)							
Período de los expedientes: Del _____ Al _____ Mes/Año Mes/Año Si no se especifica una fecha, se dará un resumen del último (1) año de documentación médica. Consulte la página 2 para obtener más detalles.	Seleccione el/los tipo(s) de información que puede divulgarse: ☐ Notas clínicas ☐ Hospitalización ☐ Departamento de emergencia ☐ Laboratorio y patología y informes de radiología ☐ Notas quirúrgicas/de procedimiento ☐ Resumen psiquiátrico/plan de atención ☐ Inmunizaciones ☐ Registros educativos ☐ Plan de atención en la escuela ☐ Registros de facturación ☐ Otro (aclarar)											
Imágenes de radiología	Imágenes de radiología para las fechas: ☐ Marque la casilla si las fechas son las mismas que las indicadas anteriormente Del _____ Al _____ Mes/Año Mes/Año Seleccione el método de entrega de las imágenes de radiología: (consulte la página 2 para obtener más información) ☐ MyChart (se requiere una cuenta activa) ☐ Portal de imágenes de Nuance PowerShare (disponible para el paciente y/o representante legal) ☐ CD por correo (USPS) ☐ CD retirado en persona (seleccione una ubicación): ☐ Campus principal (Seattle) ☐ Bellevue ☐ North Clinic (Everett)											
Derechos del paciente	Entiendo que: - Firmar esta autorización para dar información médica es un acto voluntario. No tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento o pago. - Toda divulgación de información podría ser transmitida o distribuida posteriormente por el destinatario que quizás no tenga la protección de las leyes de confidencialidad. - Yo puedo cancelar esta autorización en cualquier momento informando por escrito al departamento de Integridad de la Información Médica. Entiendo que una vez que se haya divulgado la información de conformidad con las disposiciones de esta autorización, no se podrá revocar la divulgación de esa información. Consulte la sección de revocación en la página 2 para obtener más información. Esta autorización vence un (1) año después de la fecha de su firma a no ser que aquí se indique otra fecha o acontecimiento: _____ Excepción: si la información del paciente se va a dar a un empleador o una institución financiera, esta autorización solo es válida por 90 días desde la fecha de su firma.											
Pacientes menores de edad	Es necesario obtener la firma del paciente menor de edad (de 13 a 17 años) abajo para dar la siguiente información: servicios relacionados con el sistema reproductivo e infecciones de transmisión sexual que incluyen, entre otros, VIH/SIDA (14 años o más), servicios de salud conductual (salud mental y consumo de sustancias) (13 años o más). Ciertos registros de servicios de consumo de sustancias pueden requerir un formulario de autorización por separado según la ley federal; visite seattlechildrens.org/clinics/health-info-management. Nota: Si esta sección no se completa, no se divulgarán los registros de este tipo (si existen). Yo autorizo específicamente que Seattle Children's dé la información médica indicada abajo: ☐ Atención del sistema reproductivo ☐ Infecciones de transmisión sexual (incluye VIH/SIDA) ☐ Salud mental ☐ Abuso de drogas/alcohol											
Firmas	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;"> Firma del paciente menor (de 13 a 17 años) o adulto (más de 18 años) </td> <td style="width:33%; text-align: center;"> Nombre, en letra de imprenta (nombre legal) </td> <td style="width:33%; text-align: center;"> Fecha de la firma </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> Firma del paciente o *representante legal </td> <td style="text-align: center;"> Nombre, en letra de imprenta </td> <td style="text-align: center;"> Relación con el paciente </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> (____) </td> <td style="text-align: center;"> Número de teléfono </td> <td style="text-align: center;"> Fecha de la firma </td> </tr> </table> Nota: El paciente debe firmar si tiene 18 años de edad (o más) O si es un menor emancipado. * Si alguien que no sea el representante legal firma, se debe proporcionar la documentación legal de su autoridad			Firma del paciente menor (de 13 a 17 años) o adulto (más de 18 años)	Nombre, en letra de imprenta (nombre legal)	Fecha de la firma	Firma del paciente o *representante legal	Nombre, en letra de imprenta	Relación con el paciente	(____)	Número de teléfono	Fecha de la firma
Firma del paciente menor (de 13 a 17 años) o adulto (más de 18 años)	Nombre, en letra de imprenta (nombre legal)	Fecha de la firma										
Firma del paciente o *representante legal	Nombre, en letra de imprenta	Relación con el paciente										
(____)	Número de teléfono	Fecha de la firma										

Seattle
Children's
Primary
Care Group



Seattle Children's[®]
HOSPITAL • RESEARCH • FOUNDATION



44036S

PO BOX 5371, 818-HI
SEATTLE, WA 98145-5005
PHONE: 206-987-2173
FAX: 206-985-3252

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name:

MRN #:

CSN #

Age/Sex & Gender:

**AUTHORIZATION TO RELEASE/OBTAIN/EXCHANGE
PATIENT HEALTH INFORMATION (SPANISH)**

- ☐ HII - Scan completed authorization into the patient chart - HIMScanningResolution@seattlechildrens.org
☐ HII - Release the requested medical records and scan into patient chart - healthinformation@seattlechildrens.org

If the boxes above are left unchecked, only valid authorizations will be scanned into the patient chart and no medical records will be released

Instrucciones para completar el formulario de Autorización para dar/obtener/intercambiar información médica del paciente

Si desea solicitar expedientes médicos de Seattle Children's Hospital y/o de las ubicaciones afiliadas de Seattle Children's Primary Care Group, complete y envíe esta autorización por **correo electrónico a:** healthinformation@SeattleChildrens.org **Fax:** 206-985-3252 **o por correo postal:**

Departamento de Integridad de la Información Médica
 Seattle Children's
 MS 818-HI
 PO Box 5371
 Seattle, WA 98145-5005

El Departamento de Integridad de la Información Médica no permite entregas o recolecciones en persona.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los expedientes de las instalaciones de Seattle Children's Primary Care Group no están gestionados por el Departamento de Integridad de la Información Médica de Seattle Children's Hospital. Revise el sitio web de la instalación para obtener instrucciones.

MyChart: Con una cuenta activa de MyChart de Seattle Children's Hospital, los expedientes médicos recientes pueden estar disponibles a través de MyChart para su descarga inmediata sin completar este formulario. Visite seattlechildrens.org/patients-families/mychartseattlechildrens.org/patients-families/mychart para obtener información e instrucciones. El portal proporciona acceso a partes del expediente médico. Para solicitar expedientes no disponibles a través de MyChart, complete el formulario electrónico en MyChart en lugar de este formulario en papel.

Privacidad y derechos: Para obtener más información sobre sus derechos o sobre cómo se usa su información del paciente, visite seattlechildrens.org/clinics/health-info-managementseattlechildrens.org/clinics/health-info-management.

Revocación: Tiene derecho a cancelar su Autorización para divulgar/obtener/intercambiar información médica del paciente. Para hacerlo, complete el formulario de revocación de autorización en seattlechildrens.org/clinics/health-info-managementseattlechildrens.org/clinics/health-info-management y envíelo al Departamento de Integridad de la Información Médica. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado o a los servicios ya proporcionados de acuerdo con esta autorización.

Firmas requeridas: Un formulario de autorización firmado por alguien que no sea el paciente (si el paciente tiene 18 años o más, o un menor emancipado) o el padre, la madre o el representante legal del paciente (si el paciente tiene menos de 18 años) debe proporcionar la documentación legal de su autoridad.

Solicitudes de expedientes médicos: Si usted solicita "todos" o marca las casillas para divulgar expedientes médicos para propósitos como continuación de atención, necesidades escolares/del empleador, uso personal o discapacidad, el destinatario recibirá un resumen de los expedientes, a menos que usted especifique lo contrario. El resumen incluye expedientes de emergencia, resúmenes de alta hospitalaria, informes quirúrgicos/de procedimientos, informes de consultas, antecedentes médicos y físicos, notas de consultorio para pacientes ambulatorios y pruebas o análisis de diagnóstico. Si no se especifica ninguna fecha o rango de fechas, el resumen será del último (1) año de documentación clínica. Solicitar el expediente "médico legal completo" puede hacer que el departamento de Integridad de la Información Médica emita documentos adicionales, como notas del personal de enfermería, diagramas de flujo, formularios de consentimiento, órdenes y más, que pueden requerir tiempos de procesamiento más prolongados. Si cree que el destinatario no recibió la información que usted solicitó, comuníquese con el departamento de Integridad de la Información Médica al **206-987-2173**.

Formato para recibir expedientes médicos:

Disco compacto (CD): Los expedientes electrónicos (con la excepción de las imágenes de radiología) estarán protegidos con contraseña. Para que la contraseña se envíe por correo electrónico al destinatario, proporcione su dirección de correo electrónico en el formulario de autorización. Si no proporciona una dirección de correo electrónico, la contraseña se enviará por correo por separado a la dirección postal que figura en el formulario de autorización.

Electrónico (MyChart o correo electrónico): Tenga en cuenta que existen restricciones de tamaño de archivo al enviar expedientes a través de MyChart y correo electrónico. Si el tamaño del archivo es demasiado grande, el HII se comunicará con usted para determinar la mejor manera de recibir los expedientes. Si selecciona correo electrónico, comprende y acepta los riesgos potenciales de la comunicación por correo electrónico. Para obtener más información sobre los riesgos del correo electrónico, visite seattlechildrens.org/patients-families/email-risks-conditions. Para obtener información sobre cómo abrir un mensaje cifrado, visite: seattlechildrens.org/healthcare-professionals/community-providers/opening-encrypted-messages-from-seattle-childrens/seattlechildrens

Formato para recibir imágenes de radiología: La entrega electrónica a través de MyChart o el portal de imágenes Nuance PowerShare es el método más rápido para recibir imágenes de radiología. Para obtener más información sobre la recepción de imágenes a través de Nuance PowerShare o de las ubicaciones disponibles para recolección en persona, visite: seattlechildrens.org/clinics/health-info-management.

Tarifas: No hay ningún cargo por enviar expedientes o imágenes de radiología a un representante legal del paciente o a un proveedor por continuación de atención. Puede haber un cargo por el envío de expedientes a otro destinatario. Tenga en cuenta que los cargos se revisan periódicamente y se basan en la ley estatal de Washington (RCW 70.02.010(40) y WAC 246-08-400) o en las ubicaciones disponibles para la recolección en persona, visite: seattlechildrens.org/clinics/health-info-management.

Copias en papel/disco compacto (CD) por página	Primeras 30 páginas \$1.24/página, páginas 31 y superiores \$0.94/página El costo del CD no debe superar los \$50 más el envío y la manipulación
Imágenes de radiología en disco compacto	\$28 + impuesto (por pedido) O \$6.50 HITECH
Envío/Manipulación	Costo real basado en las tarifas del servicio postal de los EE. UU.

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name:

MRN #:

CSN #

Age/Sex & Gender: