



## Información sobre el Expediente Médico para Pacientes, Familias y Otros

El Departamento de Manejo de Información de Salud está localizado en el cuarto piso en el 10 Columbus Boulevard en Hartford, CT.

Es la obligación de Connecticut Children's proteger la confidencialidad del expediente médico del paciente. Cualquier información que contenga el expediente médico es confidencial y protegida por la ley estatal y federal.

Los pacientes recibirán una copia de su expediente, una vez se haya recibido una Autorización completa del formulario para Divulgar Información Medica Protegida. Padres de menores (de 18 años de edad) o tutores legales pueden obtener una copia del expediente, una vez hayamos recibido un pedido por escrito o un formulario completo de Autorización para Divulgar Información Medica Protegida.

Todas las consultas sobre peticiones de acceso o copias de Autorización para la Divulgación de Información Medica Protegida deben ser dirigidas al Departamento HIM, Atención: Divulgación de Información por teléfono, Lunes a Viernes, 8 am - 5 pm al (860) 837-5780 o en persona a la dirección que está arriba, Lunes a Viernes, 8:30 am - 4:30 pm, excluyendo los días festivos del Hospital.

*Por Favor note: Padres de pacientes mayores de 18 años no tienen derecho a ninguna información del expediente médico del paciente a menos que tengan prueba de tutela, de la persona o poder legal. El personal no puede discutir el estatus de una solicitud de expedientes.*



## Solicitudes de Expedientes Médicos

### ¿Cómo solicito una copia de mi información médica?

Usted puede solicitar una copia de su información médica completando un formulario de Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida, la cual está localizada en la tercera página de este documento. También puede obtener el formulario a través de su proveedor de cuidados en Connecticut Children's o visitando [www.connecticutchildrens.org/patients-and-families/medical-record-information](http://www.connecticutchildrens.org/patients-and-families/medical-record-information). Después de completar este formulario, por favor envíelo al Departamento de Manejo de Salud (HIM):

**Por Correo:** Connecticut Children's  
Connecticut Children's Specialty Group  
Health Information Management Department  
Attn: Release of Information  
10 Columbus Blvd., 4th Floor  
Hartford, CT 06106

**En Persona:** Lunes – Viernes, 8:30 am - 4:30 pm  
10 Columbus Blvd., 4th Floor  
Hartford, CT 06106

**Via Fax:** (860) 837-5785

Si usted (su niño) son hospitalizados, puede que el formulario pueda ser entregado al personal de enfermería en la unidad de admisión de (su niño). Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de HIM Lunes – Viernes, 8 am - 5 pm al (860) 837-5780

### ¿Quién está autorizado a firmar para divulgar mi información médica?

Las siguientes personas están autorizadas a firmar para la divulgación de información médica personal:

- El paciente.
- Padre (si el paciente es menor de 18 años de edad).
- Padre y menor si el paciente tiene de 13 a 17 años de edad y está recibiendo tratamiento de psiquiatría, alcohol o servicios de tratamiento de drogas.
- Si su niño tiene 18 años o mayor, es REQUERIDO por ley que él o ella firmen un formulario de "Autorización para el Uso y/o Divulgación de Información Médica Protegida" del expediente médico, incluyendo la divulgación del expediente a usted. (Por favor note: Padres de pacientes de 18 años de edad y mayores no tienen derecho a ninguna información del expediente médico del paciente a menos que tengan prueba de tutela legal de la persona o un poder legal. El personal no puede discutir el estatus de una solicitud de expediente.)
- Tutor Legal o conservador de la persona (se debe proveer documento de prueba de tutela o del conservador de la persona).
- Poder legal si el paciente no puede firmar (debe proveer un documento legal).
- El representante del patrimonio del paciente fallecido (copia del certificado de defunción y una copia del representante del patrimonio debe ser presentada).

### ¿Cuánto cuesta obtener una copia de mi información de salud?

No hay un costo para entregar copias de información de salud directamente a proveedores de cuidados de salud, pacientes, o padres/tutores.

### ¿Cuándo recibiré una copia de mi expediente médico?

Las copias son procesadas dentro de 30 días desde la fecha en que se recibió la solicitud. Se les notificará a los recipientes si el pedido no puede ser procesado durante ese tiempo.





# Solicitud del Expediente Médico

10 Columbus Blvd, Hartford, CT 06106 • (860) 837-5780 teléfono • (860) 837-5785 fax

[WWW.CONNECTICUTCHILDRENS.ORG](http://WWW.CONNECTICUTCHILDRENS.ORG)

## AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Yo autorizo a Connecticut Children's y/o Connecticut Children's Specialty Group, Inc. a usar y/o revelar mi información de salud protegida (PHI) como se indica a continuación. Yo entiendo que puedo revocar esta Autorización, pero la revocación no aplicara a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. La carta por escrito para la revocación debe ser enviada al Departamento de Manejo de Salud (Health Information Management (HIM) Department) de Connecticut Children's. Yo entiendo que mi tratamiento o el de mi niño de ninguna manera está condicionado en si firmo o no esta autorización y puedo rehusarme a firmarla. Entiendo que una vez el PHI este listado abajo es utilizado para divulgar como se establece en esta Autorización, puede ser re-divulgada por el recipiente y puede que ya no esté protegido por regulaciones de privacidad federal.

**STOP** Por favor note que cada sección en este formulario debe ser llenada por completo. Si falla en llenar una sección (incluyendo fechas) pueden atrasar el proceso de su pedido. Por favor escriba claro. \*\* Una identificación con foto puede ser requerida como parte de propósitos de verificación de su firma. \*\*

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre previo (si aplica) \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal Completando este Formulario (por favor escriba el nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

PARA QUE CONNECTICUT CHILDREN'S **DIVULGUE** EXPEDIENTES  PARA QUE CONNECTICUT CHILDREN'S **OBTENGA** EXPEDIENTES

Yo autorizo a Connecticut Children's a divulgar información de salud a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Instalación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Yo autorizo \_\_\_\_\_

Para divulgar información de salud a: \_\_\_\_\_

Departamento./Medico: \_\_\_\_\_

Connecticut Children's

282 Washington Street

Hartford, CT 06106

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

### Método de Divulgación

Correo  Pasar a recoger  MyChart (si está disponible)

Fax (Centros de salud/proveedores **SOLAMENTE**)

Las fechas de servicios y tipos de información a ser utilizada o divulgada son las siguiente: **Fecha(s) de servicio/Departamento Solicitando:** \_\_\_\_\_

Historial y físico  Resumen de alta  Expediente de Emergencia  Reportes Procedimientos/ Operativos  Vacunas

Reportes de Laboratorios  Reportes de Radiología  Imágenes de Radiología  Notas de TF/TO/ Habla Audiología  Notas de progreso

Registros de Facturación  Reportes de Patología  Expediente completo  Otros: \_\_\_\_\_

El propósito o uso de esta divulgación es:

Medica  Legal  Discapacidad  Seguro  Escuela  A petición del paciente  Otros: \_\_\_\_\_

**Si los expedientes se necesitan para una PROXIMA cita, por favor especifique la fecha de la cita:** \_\_\_\_\_

**STOP** Yo entiendo que la ley del estado prohíbe el uso de PHI (Información privada del paciente) listada abajo a menos que sea autorizado específicamente por mí. Yo entiendo que tal información no será usada o divulgada en respuesta a la solicitud anterior a menos que yo indique mi autorización iniciando a continuación.

Salud Mental/Psiquiátrica: (iniciales) \_\_\_\_\_

Pruebas de VIH e Información Relacionada: (iniciales) \_\_\_\_\_

Alcohol y/o Abuso de Substancias (iniciales) \_\_\_\_\_

**Fecha de Expiración:** A no ser que Yo revoque esta Autorización o proporcione una fecha de expiración diferente a la de abajo, esta autorización expira en doce (12) meses a partir de la fecha de ejecución. Otra Fecha de Expiración (no deberá exceder 12 meses): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Marque Uno:  Paciente  Padre  Tutor Legal

*Nota: Si el cuadro del tutor legal está marcado, se deberá proveer documentación o deberá estar en el expediente para cumplir con la solicitud anterior.*