



## GUÍA PARA LA DIVULGACIÓN/REVELACIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

### ¿Cómo obtener autorización?

Para solicitar una copia o mandar una copia de su expediente médico a otra persona, llamar al Departamento de Divulgación de Información de Cook al 682-885-1012 entre las 8am y las 5pm de lunes a viernes. Con mucho gusto le enviaremos por correo, fax o por correo electrónico un formulario. También tenemos este formulario de autorización para descargar en nuestra página web [www.cookchildrens.org](http://www.cookchildrens.org). En la ficha de paciente y familiares seleccione Solicitar Expedientes Médicos y siga instrucciones.

### ¿Quién puede autorizar la divulgación de información?

Los padres o tutores legales (sin restricción impuesta por la corte) pueden obtener o autorizar la liberación o divulgación de la información médica protegida de su niño del expediente médico de Cook. Personas mayores de 18 años deben autorizar la liberación de su propia información. Si utiliza un representante este debe de estar específicamente indicado.

### Autorización escrita: ¿Qué hacer?

1. Lea cuidadosamente el formulario de autorización.
2. Proporcionar toda la información solicitada.
3. Ser muy específicos sobre la información que necesita ser liberada. Escribir las fechas, tipos de visitas, y qué partes del registro que necesita. (si no sabe las fechas específicas de servicio se puede utilizar un rango de fechas: por ejemplo solo el mes y año)
4. Para películas/imágenes de rayos x, indique en el formulario que necesita radiografía películas/imágenes.
5. Firmar y fechar la autorización mediante su firma legal completa.
6. Por favor recuerde, se le devolverá el formulario si falta cualquier información o está incompleta. Esto puede retrasar la divulgación de información.
7. **Enviar el formulario de autorización por correo a la atención de: HIM Medical Record Release, Cook Children's, 801 Seventh Ave, Fort Worth TX 7610 o enviar vía fax al 682-885-1909 o por correo electrónico a [releaseofinformation@cookchildrens.org](mailto:releaseofinformation@cookchildrens.org). Para preguntas por favor póngase en contacto con un representante del Departamento de Divulgación de Expedientes Médicos 682-885-1012.**

### Antes de divulgar o liberar un expediente médico

Usted debe proporcionar una tarjeta de identificación válida emitida por el gobierno con foto al recoger los registros de nuestra oficina o podría ser con verificación de la firma.

### Cuanto demora la Liberación/Divulgación de Expedientes

Debido al número de solicitudes que recibimos, puede tardar hasta 15 días para procesar una solicitud. Si usted planea recoger los registros, por favor llame anticipadamente para asegurar que estén listos cuando llegue. Si usted tiene alguna pregunta relacionada a esto póngase en contacto con un representante de liberación/divulgación de expedientes al 682-885-1012.

Este formulario, de ser firmado, autorizara a Cook Children's Health Care System (CCHCS) a usar y revelar cierta información de salud de la persona mencionada abajo. Se deben de llenar todos los artículos y firmar la autorización y poner la fecha por una persona autorizada para que sea válida. Entiendo que esta autorización es voluntaria, puedo rehusarme a firmar esta autorización y entiendo que CCHCS no puede negarse a dar tratamiento porque yo me rehúse a firmar esta autorización.

1. Yo autorizo a CCHCS (marque (✓) uno o más:  Centro Médico  Nombre del Doctor/Clínica: \_\_\_\_\_  
 Cuidado Casero a revelar la información de salud, como se describe abajo, del expediente médico de:

Nombre completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. La información especificada abajo puede ser revelada a:

Nombre/Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

3. El(los) propósito(s) específico(s) de esta revelación es/son [marque (✓) su(s) selección(es)]:  mis expedientes personales;

compartirlos con otros proveedores de cuidado médico como sea necesario;  seguro social/discapacidad;  militar;

educación:  otro (por favor describa) \_\_\_\_\_

4. Debe escoger:  Yo quiero  Yo no quiero que la información específica que será revelada incluya el historial, diagnóstico y/o tratamiento de análisis de VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, drogas/alcohol, enfermedades de la salud mental.

5. **ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN EXACTA QUE SERA REVELADA:** (1) Ponga una palomita (✓) al lado de la información médica específica que será revelada, (2) anote las fechas específicas de tratamiento y (3) anote el nombre del doctor o de la clínica si está pidiendo expedientes de la clínica:

✓	INFORMACIÓN	FECHAS DE SERVICIO	✓	INFORMACIÓN	FECHAS DE SERVICIO
	Reportes de hospitalización (información más pertinente)			Información de las vacunas/ Resultados de Otros Exámenes	
	Resumen para darlo de alta			Evaluación Psicológica	
	Historial y Físico			Reporte de Operación	
	Emergencia/Cuidado Urgente			Consulta	
	Laboratorio			Notas de la Clínica de Especialidades:	
	Reporte de radiografías			Evaluación(es) de Audiología, Terapia Física, Terapia Ocupacional, del Habla	
	Imágenes de radiografías			Otro:	

Aprobar comunicación verbal con: \_\_\_\_\_ para la visita en la fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

6. Yo entiendo y reconozco las siguientes declaraciones: Se me puede pedir que muestre pruebas de que yo tengo la autoridad de firmar una autorización para revisar, recibir o revelar a terceros copias del expediente médico del paciente nombrado arriba lo cual estoy pidiendo. Para poder revisar o recibir una copia del expediente médico para mí, debo de llenar y firmar este formulario de autorización. Si yo lo pido, puedo revisar la información médica que será revelada a terceros después de firmar esta forma. A menos de que sea requerido o permitido por la ley, la información médica no será revelada a terceros, si, después de revisar la información médica, Yo revoco esta autorización antes de la revelación de la información médica. Después de que la información mencionada sea revelada, puede volver a ser revelada por el destinatario y puede ser que la información ya no esté protegida bajo leyes o regulaciones de privacidad federales. Una fotocopia o copia transmitida por fax es tan válida como la original. Se me cobrará un cargo por cualquier copia de mis expedientes médicos o de los expedientes médicos de mi hijo/a que yo pida para mi uso o para uso de otros. Los cargos por las copias deben de pagarse antes de que se me entreguen las copias. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a CCHCS por escrito a ATTN: Cook Children's Health Care System, Medical Record Department, de mi intención de revocar esta autorización, excepto que si Yo notifico a CCHCS por escrito de mi intención de revocar esta autorización, tal revocación no tendrá ningún afecto en cualquier acción que CCHCS haya hecho antes de esta revocación. A no ser que sea revocada por escrito, esta autorización SE VENCERÁ EN 180 DÍAS de la fecha en que se firmó este formulario.

7. \_\_\_\_\_  
 FECHA FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO RELACION AL PACIENTE

8. \_\_\_\_\_  
 NOMBRE EN LETRA MOLDE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO # DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA)

**(NOTA: SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS ARTÍCULOS EN ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SEA VÁLIDA Y EJECUTABLE)**



CORRESP

**CookChildren's**

801 Seventh Avenue  
 Fort Worth, Texas 76104-2796

**AUTORIZACIÓN PARA USAR Y REVELAR  
 INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

PRINT OR IMPRINT PATIENT INFORMATION