



## 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](mailto: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): \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> _____	<b>FDN:</b> _____	<b>NÚMERO DE TELÉFONO:</b> _____
-----------------------------------	-------------------	----------------------------------

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)<br><input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico (incluye el resumen de los códigos de los diagnósticos/procedimientos)<br><input type="checkbox"/> Resumen de codificación (diagnósticos/procedimientos) y hoja facial<br><input type="checkbox"/> Notas de evolución (clínica, hospitalaria o ambulatoria)<br><input type="checkbox"/> Centro para la evaluación de la dislexia/evaluación de expedientes<br><input type="checkbox"/> Cuidado y Tratamiento – SOLO COMUNICACIÓN VERBAL | <input type="checkbox"/> Historia clínica<br><input type="checkbox"/> Resumen del alta<br><input type="checkbox"/> OP/Informe de Procedimiento<br><input type="checkbox"/> Informe de Informe de laboratorio o ruta de acceso<br><input type="checkbox"/> Expediente radiológico<br><input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas - CD<br><input type="checkbox"/> Expedientes de implantes | <input type="checkbox"/> Expediente médico completo<br><input type="checkbox"/> Expediente de facturas<br><input type="checkbox"/> Grupos de apoyo de pares (Nombre/n.º de teléfono de los padres)<br><br><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.

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

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

