

Cómo solicitar registros médicos

Si desea solicitar registros médicos a CHOP, complete esta autorización y envíela por fax al 215-590-4193 o por correo postal a la siguiente dirección:

Health Information Management Department (Departamento de Administración de Información Médica) Children's Hospital of Philadelphia
Burger Center
3500 Civic Center Blvd
Suite P1180
Philadelphia, PA 19104

***Tenga en cuenta:** El departamento de Administración de Información Médica (HIM, en inglés) de CHOP no es el custodio de todos los registros de las instalaciones de CHOP. Enviaremos su solicitud al departamento de CHOP que corresponda, pero si desea obtener una respuesta más rápida, puede enviarla directamente a un sitio para pacientes ambulatorios de CHOP. En esta página encontrará una lista completa de los registros de pacientes ambulatorios que publica la HIM: <http://www.chop.edu/patients-and-visitors/obtaining-medical-records>.

Es necesario que el padre o la madre, el tutor o el propio paciente si es mayor de 18 años firme un formulario de autorización. El formulario firmado por otra persona que no sea el paciente (cuando tenga 18 años o más) o por uno de los padres, tiene que estar acompañado por la documentación legal de la tutoría.

Si solicita registros médicos de un paciente fallecido, será necesaria documentación del albacea o administrador del patrimonio además de la solicitud firmada. En algunos casos, una familia puede solicitarlos sin la documentación del albacea. Es posible que correspondan excepciones a anteriores cuidadores o al garante si la solicitud es pertinente para el pago de atención.

Si solicita los registros para tratamiento continuo, para una escuela o empleador, para el uso de un paciente o su familia, o por motivos de discapacidad, se enviará a la entidad receptora un resumen del registro, a menos que se especifique algo diferente. El resumen de un registro médico contiene la siguiente documentación: registro de emergencias, resumen de altas, informes operativos y de procedimientos, informes de consultas, historial médico y examen físico, notas de consultorio ambulatorio, y otras pruebas de diagnóstico o laboratorio.

Por defecto, se pondrá a disposición un resumen del historial médico. Si se entrega el registro completo, se aplicará un costo. El "registro completo" incluye, por ejemplo, notas de avance, gráficas, recetas, etcétera. Ingrese al sitio web de los registros médicos de CHOP para consultar las tarifas estatales vigentes.

La información que solicita puede ya estar disponible, en forma gratuita, en el portal del paciente de CHOP: MyCHOP. Con una cuenta MyCHOP, puede consultar resultados de análisis, vacunas, resúmenes de visitas y admisiones al hospital, información sobre citas, medicamentos y su historial médico. Para obtener una cuenta MyCHOP, puede inscribirse en este enlace: <https://mychop.chop.edu/mychart/>. Tenga en cuenta que el portal solo brinda acceso a algunas partes del registro médico electrónico: no incluye toda la información. Para obtener sus registros médicos en MyCHOP, lea lo que sigue.

Ahora puede recibir los siguientes registros médicos en MyCHOP: hospitalizaciones, visitas a salas de emergencia, cirugías ambulatorias, registros de atención de urgencia y ciertos registros de consultorios ambulatorios. Lo único que debe hacer es completar el formulario de autorización y enviarlo a nuestro departamento de Administración de Información Médica por fax a este número: 215-590-4193 o por correo postal a la dirección ya mencionada.

- Tenga en cuenta: Solo se pueden enviar por MyCHOP registros documentados en formato electrónico.
- Hay un límite de tamaño de archivo para enviar registros por MyCHOP. Si el tamaño del archivo es demasiado grande, el departamento de Administración de Información Médica lo contactará para determinar la mejor forma para que lo reciba.
- Debe usar una computadora para ver los registros médicos: no se pueden visualizar en teléfonos o tabletas.



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER
INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

(AUTHORIZATION TO RELEASE/OBTAIN PATIENT INFORMATION)

Página 1 de 1

_____ APELLIDO _____ NOMBRE _____
 _____ N.º de reg. médico# _____ FECHA DE NAC. _____

**COLOCAR AQUÍ LA ETIQUETA DEL PACIENTE
O COMPLETAR ARRIBA**

NO ESCRIBIR A MANO INFORMACIÓN DEL PACIENTE AQUÍ

La presente autoriza a Children's Hospital of Philadelphia y a sus afiliadas a divulgar/obtener información según se describe a continuación. Para ver un listado de entidades y prácticas médicas relacionadas, consulte la Notificación de Prácticas de Privacidad de Children's Hospital of Philadelphia.

- Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido):** _____
Dirección del paciente: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Número de teléfono: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
- ¿Cuál es el nombre de la persona o la institución que divulgará su información?** Marque el casillero que corresponda a continuación e indique el nombre, dirección y número de teléfono de la persona/institución que divulga la información.
 Children's Hospital of Philadelphia u **Otro**
 Nombre de la persona / institución: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____
- ¿Qué información se divulgará?** Fecha de la cita o estadía en el hospital desde _____ hasta _____
 Departamento de Emergencias **Atención Domiciliaria** **Paciente ambulatorio**
 Paciente internado **Vacuna** *(especifique el nombre del departamento/consultorio)*
 Otra información (especificar) _____
 Si existe alguna parte del registro que usted no quiere que se divulgue, indíquelo aquí: _____
 Si sus registros contienen información acerca de abuso de sustancias (drogas o alcohol), VIH o problemas de salud mental, ¿se podrá divulgar esta información? En caso afirmativo, coloque su inicial al lado del tipo de información a divulgar:
Tratamiento o examen de drogas y/o alcohol _____ **VIH** _____ **Salud mental** _____
- Formato para la entrega del Registro Médico:** Si no hace una selección, se enviará en Papel.
 Papel **Disco Compacto (CD)** **MyCHOP (necesita una cuenta activa)** **Fax** **Otro** _____
- ¿Cuál es el nombre de la persona o la institución que recibirá su información?** Marque el casillero que corresponda a continuación e indique el nombre, dirección y número de teléfono de la persona/institución que divulga la información.
 Children's Hospital of Philadelphia u **Otro**
 Nombre de la persona / institución: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____
- Explique por qué la persona o institución mencionada anteriormente necesita esta información:**

- Vencimiento.** Su permiso vence 90 días después de que usted firme este formulario, a menos que usted indique lo contrario. Si quiere extender su permiso por más de 90 días, infórmenos cuando venza el mismo. La fecha no puede ser posterior a un año a partir de este momento: _____.
- Comprensión de esta Autorización**
 - La autorización permite la divulgación u obtención de información que existe en el registro médico del paciente cuando se firma el formulario, como así también de información creada después de que el formulario ha sido firmado, hasta la fecha de vencimiento del mismo.
 - Podré retirar mi permiso en cualquier momento, previa notificación por escrito al proveedor que divulgará la información mencionada anteriormente. Para conocer la información que divulga Children's Hospital of Philadelphia e instrucciones para retirar (revocar) una autorización, consulte la Notificación de Prácticas de Privacidad. Si revoco mi permiso, toda la información que ya haya sido divulgada no podrá recuperarse.
 - La información divulgada por Children's Hospital of Philadelphia podrá ser divulgada nuevamente por la persona u organización que la recibe y ya no estará protegida en el marco de las leyes federales sobre privacidad. Children's Hospital of Philadelphia protegerá la información que obtiene conforme lo exigen las leyes federales sobre privacidad.
 - Entiendo que mi permiso es otorgado voluntariamente y que yo/mi hijo recibiré/á tratamiento, aunque no firme este formulario.
- Firma.** Al firmar este formulario, entiendo que autorizo a Children's Hospital of Philadelphia a divulgar/obtener información según lo descrito anteriormente.

_____ Firma _____ Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____ Hora _____

Vínculo con el Paciente: Paciente Padre Tutor Legal Otro: _____

Información divulgada por: _____ Hora: _____

Nuestro compromiso con los diversos grupos de la población

El Children's Hospital of Philadelphia cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en la raza, el color, la nacionalidad de origen, una discapacidad, la edad, ni el sexo. El Children's Hospital of Philadelphia no excluye a personas ni las trata de forma distinta debido a su raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, edad o sexo.

El Children's Hospital of Philadelphia:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con dificultades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomasSi necesita estos servicios, llame al 1-800-879-2467

Si cree que el Children's Hospital of Philadelphia no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado basándose en la raza, el color, la nacionalidad de origen, una discapacidad, la edad o el sexo, puede presentar una queja ante: The Family Relations Office, 3401 Civic Center Blvd, Philadelphia, PA 19104, Phone: 267-426-6983, Fax: 267-426-7412, Correo electrónico: familyrelations@email.chop.edu. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Relaciones familiares (Family Relations) está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), electrónicamente a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue
SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Octubre de 2016



CHOP is Committed to Language Accessibility

If you speak another language, assistance services, free of charge, are available to you.

Español-Spanish ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-879-2467.

繁體中文-Chinese 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-879-2467。

العربية -Arabic ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-800-879-2467.

Tiếng Việt-Vietnamese CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-879-2467.

Français-French ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-879-2467.

Português-Portuguese ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-879-2467.

नेपाली-Nepali ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-879-2467 ।

ខ្មែរ-Cambodian ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចុះ ទូរស័ព្ទ 1-800-879-2467។

বাংলা-Bengali লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-800-879-2467।

Русский-Russian ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-879-2467.

한국어-Korean 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-879-2467 번으로 전화해 주십시오.

Bahasa Indonesia-Indonesian PERHATIAN: Jika Anda berbicara dalam Bahasa Indonesia, layanan bantuan bahasa akan tersedia secara gratis. Hubungi 1-800-879-2467.

اردو-Urdu خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-879-2467۔

Türkçe-Turkish DİKKAT: Eğer Türkçe konuşuyor iseniz, dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-800-879-2467 irtibat numaralarını arayın.

Polski-Polish UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-879-2467.

Italiano-Italian ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-879-2467.

हिंदी-Hindi ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-879-2467 पर कॉल करें।

ગુજરાતી-Gujarati સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-879-2467.

Tagalog-Tagalog-Filipino PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-879-2467.

日本語 -Japanese 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-879-2467 まで、お電話にてご連絡ください。

Deutsch-German ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-879-2467.

Deutsch-Pennsylvania Dutch Wann du Deitsch (Pennsylvania German / Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: 1-800-879-2467.