



THE UNIVERSITY OF
KANSAS HEALTH SYSTEM

PATIENT-DIRECTED REQUEST FOR
HEALTH INFORMATION

No escriba en esta casilla



DT4068

Authorization to Release Protected Health Information

Oficina de TUKHS solamente

Núm. de registro médico:

Solicitud de información médica dirigida por el paciente

Apellido del paciente: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: (Opcional) _____ Teléfono: _____

¿Qué registros quiere? (Marque las casillas correspondientes a continuación):

- ☐ Registro pertinente (Resumen de pacientes ingresados que incluye informes médicos, resultados de laboratorio, radiología y otras pruebas)
☐ Registro del Departamento de Emergencias
☐ Registros de la clínica – especifique la clínica o el médico: _____
☐ Informes de laboratorio ☐ Informes de radiología/imagenología ☐ Resumen de alta ☐ Informes operativos/de patología ☐ Inmunizaciones
☐ Registros de salud mental – Incluye notas de visitas de pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.
☐ Historia clínica completa (Todas las notas, resultados y elementos de datos discretos).
☐ Registros de facturación
☐ Película/rastreo/medios de radiología- proporcionados en CD
☐ Clínica de Adicciones
☐ Otros/Externos (especifique): _____

Cubriendo el período de atención médica de:

☐ Fecha(s) específica(s): _____ a _____ O ☐ Todas las fechas de los encuentros/visitas.

Solicito que se envíen mis registros a:

☐ Mí mismo/Familia ☐ Proveedor de atención médica ☐ Seguro ☐ Escuela ☐ Empleador ☐ Abogado

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado: _____ Código postal: _____ Fax: (Solo proveedor de atención médica) _____

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

¿Cómo desea que se le entreguen sus registros? (Los registros se divulgarán por medios electrónicos en lugar de documentos impresos a menos que se especifique lo contrario).

Electrónicos: ☐ Portal de MyChart ☐ Correo electrónico seguro (cifrado) ☐ Correo electrónico no seguro (no cifrado) ☐ CD ☐ Fax (solo al proveedor de atención médica)

Pueden aplicarse tasas por el envío de registros en papel o CD.

Papel: ☐ Correo ☐ *Recogida en persona (solo con cita previa)

***Si los registros serán retirados por una persona que no sea el paciente, debe indicarse aquí el nombre de la persona que retira los registros. Solicito que la información de mi registro médico se divulgue a:**

Nombre: _____ Teléfono: _____

Comprendo que:

- Las solicitudes de copias de registros médicos y/o material no perteneciente a documentos podrán estar sujetas a tarifas.
- La información del registro médico puede incluir registros relativos a la atención de salud mental, enfermedades contagiosas, VIH/SIDA y/o tratamiento para abuso de alcohol/drogas. Autorizo la divulgación de estos registros.
- ****La información entregada a través del correo electrónico es intrínsecamente insegura a menos que esté totalmente cifrada. Solicitar que mis registros se envíen a una dirección de correo electrónico no segura no es un método de entrega seguro y existe el riesgo de que mi información de salud pueda ser interceptada y/o vista por personas no autorizadas. The University of Kansas Health System y sus afiliados, incluyendo pero no limitado a The University of Kansas Medical Center, no son responsables por el acceso no autorizado de terceros a mi información personal de salud entregada en este formato o cualquier riesgo (por ejemplo, virus) potencialmente introducido a mi computadora/dispositivo al recibir información personal de salud a través de correo electrónico inseguro.**
- El correo electrónico seguro utiliza un enlace a la aplicación MyChart, independientemente de si tiene una cuenta MyChart. Recibirá un correo electrónico con un enlace de la aplicación para validar su información personal antes de acceder a los registros.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.

Firma del paciente/representante autorizado* _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado: _____

Relación con el paciente: _____

*Si es firmado por un representante autorizado del paciente, la documentación legal de apoyo debe acompañar este formulario.

Envíe el formulario completado a: The University of Kansas Health System – Health Information Management

4000 Cambridge St, MS 9345, Kansas City, KS 66160

Envíe adjunto el formulario firmado al correo electrónico: ROI@kumc.edu o fax: 913-588-2495

<https://www.kansashealthsystem.com/patient-visitor/patient-guide/medical-records>

 THE UNIVERSITY OF KANSAS HEALTH SYSTEM PATIENT-DIRECTED REQUEST FOR HEALTH INFORMATION	No escriba en esta casilla	Oficina de TUKHS solamente Núm. de registro médico: _____ Fecha de recibido en el Dep.: _____
--	---	--

The University of Kansas Health System

Instrucciones para completar la Solicitud de Información de Salud Dirigida por el Paciente:

- Complete la primera sección con su nombre actual, fecha de nacimiento, dirección actual, dirección de correo electrónico actual y número de teléfono del día.
- Fechas de tratamiento específicas:** Indique una lista de fechas específicas; el último año o los últimos dos años. Si no recuerda las fechas específicas, indique por lo menos un período de tiempo como el último mes, los últimos seis meses, etc.
- ¿Qué registros quiere?** Marque los documentos que solicita. Los resultados de pruebas cuando se marcan individualmente por lo general son para fechas específicas de servicios tal como se indica en la siguiente sección.
 - Las imágenes de radiología NO se guardan en el Departamento de Administración de Información de Salud. Si solo solicita imágenes de radiología (películas), envíe este formulario por fax a Imaging Center al 913-588-6899. Su número de teléfono es 913-588-6812. Para Imágenes del Campus de Great Bend, llame al 620-282-9865 o puede enviar este formulario por fax al 620-792-7315.
- Solicito que se envíen mis registros a:** Marque la casilla adecuada. Si los registros se envían a alguien que no sea el paciente, entonces especifique a quién se deben entregar los registros.
- ¿Cómo desea que se le entreguen sus registros?** Los registros se publicarán electrónicamente en lugar de en papel, a menos que se especifique lo contrario. El formato electrónico incluiría una entrega directa a MyChart, correo electrónico seguro o CD. Los registros impresos o en CD se enviarán a la dirección proporcionada.
- Si los registros serán retirados por una persona que no sea el paciente, debe indicarse el nombre de la persona que retira los registros:** Complete el nombre y número de teléfono de la persona que recogerá sus registros médicos. Deberá presentar una licencia de conducir o identificación con foto en el momento de recoger los registros médicos.
- Firma del paciente/representante personal:** Este formulario debe ser firmado por el paciente. Si el paciente no puede firmar y la solicitud está siendo realizada por un representante personal autorizado del paciente (padre o madre de un menor, persona designada en el poder legal, albaceas, etc.) el Representante personal debe firmar y colocar la fecha en el formulario. Indique el nombre en letra de imprenta y la relación con el paciente. Este formulario de autorización debe estar acompañado por documentos legales de apoyo cuando sea firmado por un representante personal.
- Firma del testigo:** Un testigo debe firmar y fechar el formulario en caso de que el paciente solo pueda realizar una X o no pueda firmar.

Envíe un correo electrónico o llame a Health Information Management al 913-588-2454 si tiene más preguntas.

The University of Kansas Health System – Health Information Management
 4000 Cambridge St, MS 9345, Kansas City, KS 66160
 Envíe adjunto el formulario firmado al correo electrónico: ROI@kumc.edu o fax: 913-588-2495
<https://www.kansashealthsystem.com/patient-visitor/patient-guide/medical-records>