|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ou-logo | | **Universidad de Oklahoma** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Solicitud de Información de Salud/ Registros de Tratamiento Médico**  **(Para Uso Cuando el Paciente Solicita Registros Propios/o de un Menor)**  **Request for Health Information/Treatment Records**  **(For Use When Patient Wants Own/Child’s Records)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido del Paciente: | | |  | | | Nombre: | | | | | | |  | | | | | | | Segundo Nombre: | | | | | | |  | | | |
| Otros Nombres Usados: | | | |  | | Fecha de Nacimiento: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | Ciudad: | | | | | | |  | | | | | | Estado: | | |  | | | | Código Postal: | | |  | |
| Teléfono Particular: | | | (     ) | | Teléfono. Alternativo: | | | | | (     ) | | | | | | | | | | | Teléfono Móvil: | | | | (     ) | | | | | |
| Si se encuentra inscripto en la UO, indique las fechas de inscripción: desde | | | | | | |  | | | | | | | | | | | hasta | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| Solicito  acceso a, O  una copia de mi información protegida de salud (o, en caso de ser un estudiante de la Universidad de Oklahoma, mi registro de tratamiento/educación)  Desde (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hasta (fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Información Mantenida o Creada por el Proveedor o la Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Los registros sobre los que solicito acceso o una copia son: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expediente Médico Completo \*  (No incluye los Registros/Información de Facturación ni  Notas de Psicoterapia) | | | | | | | | | | | | | | | O solo informes parciales de la siguiente información de mi expediente: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Historial de Rayos-X/Radiografías | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Historial de Vacunación | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registros de Salud Completos y los Registros de Facturación/Notas\*  (No incluye las Notas de Psicoterapia\*) | | | | | | | | | | | | | | | Informes de Alta Médica | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Medicamentos | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Informes Patológicos/ de Laboratorio | | | | | | | | | | | | | | | |
| Notas de Psicoterapia\* (si selecciona esta opción, no podrá seleccionar ninguna otra casilla. Deberá completar una copia del formulario por separado para obtener registros adicionales). | | | | | | | | | | | | | | | Registros de Facturación | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Acepto que los costos de la solicitud de información son los siguientes y son **pagaderos a University of Oklahoma antes** de la entrega de los registros solicitados:   - Formato en Papel – 50 centavos por página, más gastos de envío.  - Formato Digital – 30 centavos por página, más del costo del medio digital (disco, memoria flash, etc.), más gastos de envío.  - Rayos X/Radiografías - $5 por Rayos X/Radiografía, más gastos de envío.  - Podrá cobrarse un costo para las solicitudes de registro inusuales o poco frecuentes.  (Se cobra una cargo de $10 para las certificaciones o documentación similar). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuando me avisen, recogeré las copias de mi documentación en persona. | | | | | | | | | | | | | | | Enviar por correo las copias de mi documentación a la persona indicada a continuación | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enviar mi documentación por fax a: (     ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | Otro formato (si se encuentra disponible):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| **Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal Autorizado\*\*** | | | | | | | | |  | | **Relación con el Paciente** | | | | | | | | | | | |  | | | | **Fecha** | | | |

**\*\* Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal.**

University of Oklahoma Health Sciences Center, University Privacy Official, P. O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129