|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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