



**SOLICITUD PARA TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)**

*Este formulario permite al paciente o al representante del paciente solicitar acceso y/o copias de la información de salud individual que se puede identificar contenida en el juego de expedientes designado. Tenga en cuenta que se debe llenar por completo cada sección del formulario. No especificar, incluyendo las fechas, retrasará el procesamiento de su solicitud.*

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento / /	Otros nombres posibles (p. ej., apellido de soltera, nombre preferido, etc.)	
Dirección		Teléfono #
Ciudad	Estado	Código postal

**MÉTODO DE ACCESO**

**CAMPO OBLIGATORIO**

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono #	Correo electrónico	
Por este medio solicito a Nationwide Children's proporcionar el acceso y/o copias de mi información de salud protegida según se indica a continuación.		
<b>SELECCIONE UN FORMATO, LUEGO ENCIERRE EN UN CÍRCULO UN MÉTODO DE ENTREGA</b>		
<input type="checkbox"/> Acceso y revisión en el lugar <input type="checkbox"/> Fax # _____ <input type="checkbox"/> CD, enviar por correo a la siguiente dirección o recogerlo <input type="checkbox"/> Unidad flash o portátil, enviar por correo a la siguiente dirección o recogerlo <input type="checkbox"/> Impreso, enviar por correo a la siguiente dirección o recogerlo  <input type="checkbox"/> Electrónicamente, MyChart o correo electrónico o enviar a una aplicación elegible (sujeto a disponibilidad) Correo electrónico _____ Aplicación _____		
*Si elige la opción de correo electrónico, por este medio reconoce y acepta el riesgo inherente asociado con la transmisión insegura del correo electrónico, lo que puede poner su información en riesgo de que alguien más la lea o tenga acceso a ella, y usted acepta que NCH no será responsable por las divulgaciones que pueda haber en tránsito.		

**INFORMACIÓN SOLICITADA**

<b>De fecha:</b> / /	<b>A fecha:</b> / /
<input type="checkbox"/> Expediente de paciente hospitalizado resumido (que incluye: Historial y examen físico, Informe de consultas, Informe operativo, Resumen del alta y Resultados de pruebas) <input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Expediente del Departamento de Emergencias <input type="checkbox"/> Expediente de atención urgente <input type="checkbox"/> Informes de rayos X <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Otros resultados de laboratorio _____ <input type="checkbox"/> Imágenes en CD <input type="checkbox"/> Testimonio <input type="checkbox"/> Fotos <input type="checkbox"/> Centro de seguridad familiar y curación <input type="checkbox"/> Expediente clínico de paciente ambulatorio (especifique clínica/departamento) _____ <input type="checkbox"/> Visita de niño sano o examen físico <input type="checkbox"/> Inmunizaciones <input type="checkbox"/> Lista de fechas de visitas <input type="checkbox"/> Resumen/explicación de PHI <input type="checkbox"/> Todo el expediente médico legal (que incluye, pero no se limita a: Formularios de consentimiento, tarjetas de identificación del seguro, diagramas de flujo, etc.) <input type="checkbox"/> Otra información _____	

**INFORMACIÓN DELICADA**

<p><b>Con hacer clic en las siguientes casillas estoy solicitando acceso a la siguiente información delicada. Si se están solicitando expedientes de tratamiento relacionado con el consumo de alcohol/drogas, favor de completar del Formulario OCC-775 de autorización de salud conductual para divulgar información.</b></p> <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Información relacionada con VIH (incluyendo pruebas relacionadas con SIDA) <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Otra información _____
---

- Entiendo que NCH me cobrará un cargo fijo de \$6.50 por una copia de estos expedientes médicos (en todos los formatos), a menos que haya circunstancias extraordinarias. *(No hay cargos asociados con obtener un expediente de inmunización, la lista de fechas de visitas ni por revisar en el lugar los expedientes solicitados).* Cualquier solicitud de un Resumen/explicación del PHI se cobrará por separado y la cantidad de los cargos que se cobrará por dicho Resumen se debe acordar por anticipado entre usted y NCH.

Indique cómo quiere pagar por una copia de estos expedientes:

- Tarjeta de débito o crédito *(Cuando se haya completado su solicitud de expedientes, el equipo de Divulgación de la Información se comunicará por teléfono con usted para obtener el pago).*
- Cheque de caja o giro bancario Al recibir el pago se entregarán los expedientes *(Emitir el cheque pagadero a: Nationwide Children's Hospital, Attn: HIM Dept.)*

- Enviar el formulario completado/pago:

Por correo: Nationwide Children's Hospital  
Attn: HIM Dept.  
700 Children's Drive  
Columbus, Ohio 43205

Por correo electrónico: [MedicalRecordRequests@nationwidechildrens.org](mailto:MedicalRecordRequests@nationwidechildrens.org)

Por fax: Health Information Management al 614-355-0797

- Entiendo que esta solicitud vencerá un año después de la fecha en que firme más adelante. Durante ese tiempo, puedo solicitar la misma información sin necesidad de llenar un nuevo formulario. Entiendo que si necesito información nueva/adicional/diferente de la que está indicada en este formulario, tendré que completar y enviar un formulario nuevo.
- Entiendo que puedo pedir una copia de este formulario después de firmarla. Una fotocopia de este formulario se considerará tan válida como el original.
- Entiendo que podrá haber un retraso en el procesamiento de esta solicitud dependiendo de la información solicitada. En caso de que completar esta solicitud tarde más de 30 días, el equipo de Divulgación de la Información le notificará por escrito. NCH puede prolongar el tiempo para darle acceso durante 30 días más siempre que NCH le proporcione una declaración por escrito relacionada con el motivo del retraso dentro de los siguientes 30 días después de presentar su solicitud.
- Entiendo que NCH puede denegar esta solicitud, por completo o en parte, en circunstancias limitadas según lo establecido por las leyes federales y estatales si hay la posibilidad razonable de que el acceso solicitado pueda poner en peligro la vida o la seguridad física, o pueda causar daño sustancial al paciente o a otra persona. En el caso de que NCH deniegue el acceso, NCH debe proporcionarle una denegación por escrito en la que se indique la base para la denegación.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con nosotros por teléfono llamando al 614-355-0777.

**Al firmar a continuación, afirmo que soy el paciente o el representante personal del paciente y que tengo la autoridad para dar la autorización de quién puede tener acceso o recibir la información de salud de este paciente.**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del Paciente (o representante personal)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o representante personal)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

-----

**Únicamente para uso de NCH Verificación de identidad**

Marque todos los medios de verificación que correspondan

En persona	Por escrito	Por teléfono
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir u otra identificación con foto emitida por el gobierno <input type="checkbox"/> Si no tiene identificación con foto, 3 formas de identificación con nombre <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Información del paciente/padre/madre verificada en el Sistema. <input type="checkbox"/> Firma verificada contra documentos que ya están en el expediente	<input type="checkbox"/> Dirección de facturación <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento del paciente <input type="checkbox"/> Núm. de Seguro Social de la madre <input type="checkbox"/> Segundo nombre del menor <input type="checkbox"/> Número de Seguro Social <input type="checkbox"/> Núm. de expediente médico o cuenta si se conoce <input type="checkbox"/> Núm. de identificación del seguro <input type="checkbox"/> Reconocimiento auditivo/reconocimiento de voz <input type="checkbox"/> Código de atención de paciente externo