

## Formulario de Solicitud de Acceso del Paciente

Este formulario se utilizará cuando los pacientes o sus representantes personales soliciten acceso a, o copias de, la información del expediente de salud del(la) paciente. Además, los pacientes o sus representantes personales pueden ordenar a Children's Colorado que proporcione copias de la información del paciente a cualquier otra persona de su elección. Todas las solicitudes de acceso o copias de expedientes deben presentarse por escrito.

**Todas las solicitudes incompletas o ilegibles pueden retrasar el acceso a los expedientes que se solicitan.**

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (*denota información requerida)		
*Nombre completo del(la) paciente (apellido, nombre, nombre del medio)	*Fecha de nacimiento del(la) paciente	
*Domicilio del(la) paciente (calle, ciudad, estado, código postal)	*Número telefónico del(la) solicitante	
*Otro(s) nombres utilizados:	¿Tiene cuenta de <b>MY CHART</b> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿QUÉ INFORMACIÓN NECESITA?		
<input type="checkbox"/> <b>Conjunto de expedientes designados</b> (incluye TODOS los expedientes médicos)		
<b>- O -</b> Especifique que expedientes está solicitando a continuación:		
<b>Expedientes hospitalarios:</b> <input type="checkbox"/> Expedientes de hospitalizaciones <input type="checkbox"/> Expedientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Sala de urgencias <input type="checkbox"/> Atención urgente <input type="checkbox"/> Cirugía o procedimientos <input type="checkbox"/> Farmacia	<b>Resultados de pruebas o informes:</b> <input type="checkbox"/> Audiología <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/patología <input type="checkbox"/> Pruebas de cardiología <input type="checkbox"/> Informe de estudio del sueño <input type="checkbox"/> Informe de radiología <input type="checkbox"/> Expediente de vacunas	<b>Expedientes de facturación:</b> <input type="checkbox"/> Cuenta detalla <input type="checkbox"/> Pagos <input type="checkbox"/> Reclamos  <b>Imágenes:</b> <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Otras imágenes
<input type="checkbox"/> <b>Otros expedientes</b> (por favor, especifique):		
* <b>Fechas de expedientes que solicita:</b> inicio:        /        /        Fin:        /        /		
¿CÓMO DESEA RECIBIR ESTOS EXPEDIENTES?		
<input type="checkbox"/> <b>MyChart</b>	<input type="checkbox"/> <b>Correo electrónico:</b>	<input type="checkbox"/> <b>PowerShare</b> (imágenes de radiología solamente)
<input type="checkbox"/> <b>VER SOLAMENTE</b> (para solicitudes de inspeccionar o ver los expedientes médicos de su hijo(a) en CHCO. Recibirá una llamada dentro de 2 días hábiles para programar una cita.)		
<input type="checkbox"/> <b>VERBAL SOLAMENTE</b> (usted autoriza a su equipo de atención médica para hablar con una persona de su elección sobre la atención médica del(la) paciente. No se <b>proporcionarán</b> copias de los expedientes)		
<input type="checkbox"/> Enviar los expedientes por <b>FAX</b> al: <b>núm.:</b> _____ <b>Atención:</b> _____		
<input type="checkbox"/> <b>Correo postal:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____		
<input type="checkbox"/> <b>Recoger en persona:</b> por favor, proporcione un núm. de teléfono al que podamos llamar cuando estén listos: _____		<input type="checkbox"/> Copias en papel <input type="checkbox"/> CD
<input type="checkbox"/> Anschutz Medical Campus <input type="checkbox"/> Colorado Springs Campus <input type="checkbox"/> South Campus <input type="checkbox"/> North Campus		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los representantes personales no tendrán acceso a los expedientes de un menor para tratamiento, si el menor pudo legalmente dar su consentimiento al tratamiento por sí mismo, a menos que el menor firme a continuación para permitir el acceso a esta información.</li> <li>Se le puede negar el acceso si la información no forma parte del conjunto de expedientes designado o si se determina que el acceso podría poner en peligro o dañar al(la) paciente o a otros. Por favor, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHCO.</li> </ul>		
<b>Su nombre (en letra de imprenta):</b>		<b>Parentesco con el(la) paciente:</b>
<b>Su firma/Fecha:</b>		<b>Firma del(la) paciente/Fecha:</b>
<b>Envíe este formulario completo a Children's Hospital Colorado - Health Information Management</b> <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:ROI@childrenscolorado.org">ROI@childrenscolorado.org</a> <b>Correo postal:</b> 13123 E. 16 <sup>th</sup> Ave, Box 150, Aurora, CO 80045 <b>Preguntas:</b> 720-777-4259 <b>Fax:</b> 720-777-7251 (Anschutz) o 719-305-8705 (Colorado Springs)		