



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

# El HSC Pediatric Center Solicitud de Información Médica

## Información del Paciente (Favor de completar el formulario)

|   |  |                            |         |                                |                        |
|---|--|----------------------------|---------|--------------------------------|------------------------|
| Nombre:   |  | Inicial de segundo nombre: |         | Apellido:                      |                        |
| Nombre a la hora de tratamiento (si es distinto al nombre indicado arriba): |  |                            |         |                                |                        |
| Fecha de nacimiento (Mes/Fecha/Año):  |  | Teléfono:                  |         | Correo electrónico (opcional): |                        |
| Dirección:  |  |                            | Ciudad: |                                | Estado: Código Postal: |

## ¿Cuáles registros desea? (Marque todos aquellos que correspondan):



Fechas de servicio: De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Resumen Del Alta   
  Historial & Examen Físico   
  Registro Médico Completo   
  Registro de Facturación  
 Registro de Terapia Ambulatoria   
  Nota de Progreso   
  Registro de Inmunización  
 Resultados (Rayos X, Laboratorio) Especifique: \_\_\_\_\_   
  Otro, Especifique \_\_\_\_\_

*\* Si el registro médico contiene cualquiera de las siguientes informaciones sensibles, el HSC Pediatric Center solo divulgará esos registros si usted escribe sus iniciales a continuación, al lado de ese tipo de información.*

- Tratamientos o análisis para drogas y/o alcohol   
  Información de VIH  
 Información de salud mental/conductual (es necesario llenar otro formulario para obtener las notas tomadas durante sesiones de psicoterapia).

## ¿Cómo quisiera recibir sus registros? (Indique su preferencia):

- Impreso (Elija uno)    
 Envío a casa   
 Recogida en persona  
 Electrónico (Elija uno)    
 CD   
 Correo electrónico   
 Fax

## ¿A dónde quiere que enviemos esta información?

El HSC Pediatric Center debe proporcionar la información solicitada a:  Yo mismo     Otro Representante (según indicado a continuación)

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Nombre del Destinatario:           | Teléfono del Destinatario:<br>Fax del Destinatario: |
| Dirección Postal del Destinatario: | Correo electrónico (según corresponda):             |

Por la presente autorizo/otorgo permiso al HSC Pediatric Center para divulgar, utilizar y/o compartir la información médica anteriormente indicada. Entiendo que este permiso es voluntario. Asimismo, entiendo que una vez que esta información es divulgada, utilizada y/o compartida, la persona o la organización que la haya recibido pudiese compartirla otra vez. Si esto sucede, se puede que esa información ya no sea protegida bajo las leyes de privacidad aplicables. El HSC Pediatric Center reconoce el derecho del paciente según la ley HIPAA a acceder a copias de su información médica. **Esta autorización es vigente por 6 meses después de la fecha en la que se firme.** Puede haber cargos por procesar solicitudes y producir los registros solicitados.

Nombre de Paciente o Representante (en letras de molde)

Relación (en letras de molde)

Firma de Paciente o Representante

Fecha

Favor de enviar su formulario completado a: HIM Department The HSC Pediatric Center 1731 Bunker Hill Road NE Washington, DC 20017  
Fax: (202) 635 5786    Correo electrónico: [recordrequest@hschealth.org](mailto:recordrequest@hschealth.org)    ¿Preguntas? Llame al (202) 635 6141