

Estimados padres o tutores legales:

Muchas gracias por su interés en el **Programa HEAL** de **Stanford Medicine Children's Health**. Lean y completen los formularios que reciban con esta carta, y luego envíen los **formularios completados** siguiendo las instrucciones que se encuentran a continuación. Si tienen copias de pruebas recientes, de planes escolares 504 o de IEP plan de educación individualizado, por favor, envíenlas por correo postal en otro sobre, o bien mándenlos por fax o correo electrónico.

Escojan 1 de las siguientes 3 opciones para enviar **los formularios completados y documentos adicionales** al Programa HEAL:

1. **Envío por correo postal** de los formularios completados y documentos adicionales:

Stanford Medicine Children's Health
Programa HEAL
4200 Bohannon Road, Suite 100
Menlo Park, CA 94025

2. **Envío por fax** de los formularios completados y documentos adicionales: **(650) 724-2445**.

3. **Envío por correo electrónico** de los formularios completados y documentos adicionales:
HEAL@stanfordchildrens.org.

Una vez que recibamos los formularios **completados y los documentos adicionales**, un profesional de educación del Programa HEAL se comunicará con ustedes en **7 a 10 días hábiles**.

Si tienen preguntas, llamen al **(650) 725-2381** y dejen un mensaje, o bien, envíen un correo electrónico a Heal@stanfordchildrens.org.

Será un placer colaborar con ustedes y su familia.

Este documento se guardará en el expediente médico de su hijo/a y estará sujeto a las cláusulas de confidencialidad.

Cuéntenos qué les preocupa.

Describan los **3 temas principales que les preocupan** sobre la educación escolar de su hijo/a o su retorno a la escuela.

1.

2.

3.

Este documento se guardará en el expediente médico de su hijo/a y estará sujeto a las cláusulas de confidencialidad.

Información del paciente

Nombre y apellido del/de la paciente:	
Pronombres:	
Fecha de nacimiento:	
Diagnóstico:	

Información de los padres o de los tutores legales

Nombre y apellido:	
Dirección:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Nombre y apellido:	
Dirección:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

¿Cómo supieron sobre el Programa HEAL? _____

¿Han participado alguna vez en el Programa HEAL?

Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, escriban la/s fecha/s: _____

Este documento se guardará en el expediente médico de su hijo/a y estará sujeto a las cláusulas de confidencialidad.

Información de la escuela

Nombre de la escuela:	
Número de teléfono:	
Distrito escolar:	
Grado:	
Nombre de la maestra:	
Coordinadora asistencial:	
Otra persona de la escuela a quien podamos contactar:	

¿Tiene su hijo/a un IEP?

Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, escriban la/s fecha/s: _____

¿Tiene su hijo/a un plan 504?

Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, escriban la/s fecha/s: _____

¿Han evaluado a su hijo/a en alguna otra escuela o le han hecho alguna otra prueba en otro centro?

Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, escriban la/s fecha/s _____

Si respondieron **afirmativamente a alguna de las preguntas, envíennos copias de los planes IEP, 504 o de los resultados de otras pruebas al Programa HEAL** por correo postal, fax o correo electrónico. En la carta de bienvenida que se encuentra arriba les detallamos nuestra información de contacto.

Este documento se guardará en el expediente médico de su hijo/a y estará sujeto a las cláusulas de confidencialidad.



Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

FAVOR DE ENVIAR ESTE FORMULARIO COMPLETADO A:**Stanford Children's Health HIMS Department**

Dirección para enviar por correo: 4700 Bohannon Drive, 2nd Floor, Menlo Park, Ca. 94025, MC 5900
Teléfono: (650) 497-8079
Email: HIMS-ROI@stanfordchildrens.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar y firmar este formulario, se divulgará su información médica según usted lo estipule en el formulario. Sírvase leer cada sección detenidamente y completar las secciones necesarias antes de firmar. Le animamos a pedir una copia de sus antecedentes y revisarlos antes de que autorice su divulgación a otra persona. Favor de escribir toda la información clara y legiblemente en letra de molde cuando complete este formulario y fírmelo en la última página.

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O ENTIDAD QUE DIVULGA LA INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a:

- Lucile Packard Children's Hospital Stanford | Stanford Children's Health
725 Welch Road, Palo Alto, CA 94304
- (Otro proveedor de atención médica) _____

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Favor de escribir en letra de molde el nombre del paciente cuyos antecedentes se solicitan.

Nombre del paciente: Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Núm. de expediente médico: _____

Indique si el paciente es: Gemelo Trillizo Otro: _____

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

SECCIÓN B: ¿QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN MÉDICA?

Favor de describir la información médica específica que usted quiere que se divulgue completando la información apropiada en las siguientes páginas. Cierta información específica sobre la salud requiere una autorización por separado para que divulguemos esa información, como los resultados de la prueba del **VIH**, los resultados de las pruebas de trastornos hereditarios, servicios de planificación familiar y cierta información de salud mental. Si usted quiere que se divulgue esta información, lo tendrá que indicar por separado en las casillas B.2, B.3, B.4, B.5 y B.6 que figuran a continuación. Tendrá que marcar la casilla y poner sus iniciales al lado de la casilla para autorizar la divulgación de la información descrita tras la casilla.

B.1: Divulgación de información general sobre la salud (Tenga en cuenta que si usted no marca ninguna de las casillas en las secciones B.2, B.3, B.4, B.5 o B.6 que figuran abajo y hay información en su expediente como la que se describe en esas secciones, la información detallada en esas secciones no será incluida en los datos divulgados si simplemente marca las casillas de la sección B.1.). Sin embargo, incluiremos los antecedentes de salud mental, excepto por lo detallado en la sección B.2.

- _____ Marque aquí **y ponga sus iniciales** al lado de la casilla si usted quiere que se divulgue información relacionada con fechas específicas de servicio y no todos los antecedentes médicos. Indique las fechas de servicio: _____
- _____ Marque aquí **y ponga sus iniciales** al lado de la casilla si usted quiere describir con más detalles la información médica que quiere que se divulgue. Por favor descríbala: _____
- _____ Marque aquí **y ponga sus iniciales** al lado de la casilla si usted quiere que se divulgue todo el contenido de su expediente médico.
- _____ Marque aquí y ponga sus iniciales al lado de la casilla si desea que se publiquen sus imágenes de radiología. La solicitud se enviará a la Biblioteca de imágenes para su procesamiento. Si tiene preguntas, llame al 650-497-8376 opción 1. ¿En qué formato le gustaría que se publicara esta información? (Selecciona uno de los siguientes)
- CD / DVD Enlace electrónico para compartir la dirección de correo electrónico actual de imágenes en el historial médico del paciente para recibir imágenes compartidas Enlace _____
- _____ Marque aquí **y ponga sus iniciales** al lado de la casilla si usted quiere que su registro de cobranza o información de cobranza se remita. Si sólo está solicitando el registro de cobranza de LPCH, favor de enviar su pedido por correo directamente a LPCH Patient Financial Services Dept., 4700 Bohannon Drive, 2nd Floor, Menlo Park, CA 94025, MC 5582. Para preguntas, favor llamar al 650-725-4433.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

B.2: Información de salud mental

_____ Marque aquí **y ponga sus iniciales junto** a la casilla si recibió servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios en alguna Clínica Psiquiátrica de SCH y desea que se divulguen estos registros. Tenga en cuenta que el médico, psicólogo con licencia, trabajador social o terapeuta matrimonial / familiar puede negar el acceso a los registros si se considera que tiene un efecto perjudicial en la relación profesional con el paciente.

NOTA IMPORTANTE SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL: Si recibió servicios de salud mental, como una consulta psiquiátrica, cuando era un paciente internado o cuando era un paciente ambulatorio en una de las clínicas para pacientes ambulatorios que no fueran las clínicas psiquiátricas SCH para pacientes ambulatorios, las notas mentales en su expediente general serán publicadas las casillas de la Sección B.1. Divulgaremos toda la información en el registro general como usted indica en B.1, que puede incluir notas de salud mental si fue visto en un lugar que no sea la unidad psiquiátrica para pacientes hospitalizados o la clínica psiquiátrica para pacientes externos. No excluirémos ni censuraremos la información que se incluye en el registro general para las divulgaciones que usted autorice en virtud de la Sección B.1, incluidas las notas de salud mental en el registro general. Le recomendamos que solicite una copia de sus registros y los revise antes de autorizar la divulgación de los registros.

3: Resultados de la prueba del VIH

- _____ Marque aquí **y ponga sus iniciales** al lado de la casilla si le hicieron pruebas del VIH y usted quiere que se divulguen los resultados de las pruebas del VIH.

B.4: Resultados de las pruebas de trastornos hereditarios

- _____ Marque aquí **y ponga sus iniciales** al lado de la casilla si le hicieron pruebas de trastornos hereditarios y usted quiere que se divulguen los resultados de las pruebas de trastornos hereditarios. Las pruebas hereditarias incluyen el historial de pruebas de detección de trastornos hereditarios antenatales, neonatales, infantiles y de adulto o de servicios de asesoramiento genético proporcionados en el departamento de asesoramiento genético (todos los resultados de pruebas y antecedentes o los servicios de asesoramiento genético relacionados que se proporcionaron en el departamento de asesoramiento genético) (todos los resultados de pruebas y antecedentes generados como parte del programa de trastornos hereditarios). La divulgación de esta información puede implicar los siguientes riesgos: el recipiente de los resultados de pruebas de trastornos hereditarios puede volver a divulgar la información, su empleo o los beneficios de su seguro pueden verse en peligro o puede perderlos. La divulgación de esta información puede implicar los siguientes beneficios: la predeterminación de afecciones genéticas, coordinación de cuidados, opciones de tratamiento. Usted debe consultar a su médico acerca de los riesgos y beneficios de pruebas específicas.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

B.5: Servicios de planificación familiar

_____ Marque aquí **y ponga sus iniciales** al lado de la casilla si usted recibió servicios de *California Family Planning, Access, Care and Treatment* (FPACT, por sus siglas en inglés) y quiere que se divulgue esta información. Los servicios de FPACT pueden incluir servicios clínicos, medicamentos y suministros o servicios de laboratorio proporcionados en la clínica de Ginecología (GYN) o en la clínica de Endocrinología Reproductiva e Infertilidad (REI). Si un menor ha recibido servicios de planificación familiar, la divulgación de estos antecedentes requiere la autorización del menor.

B.6: Acceso a un médico no tratante de LPCH a su expediente médico electrónico

_____ Marque aquí **y ponga sus iniciales** al lado de la casilla si usted no está solicitando la divulgación de sus antecedentes médicos impresos pero autoriza al siguiente médico/s no participantes en su tratamiento a que tengan acceso a su expediente médico electrónico: _____

SECCIÓN C: ¿DÓNDE Y A QUIÉN DEBEN DIVULGARSE SUS ANTECEDENTES MÉDICOS?

Favor de indicar la entidad o persona a la que ha autorizado a recibir la información médica indicada en este formulario. Por favor tenga en cuenta que si usted quiere imponer restricciones al uso de la información médica por parte del recipiente de la información médica, debe ponerse en contacto con el recipiente directamente.

Nombre de la persona o entidad que recibe la información médica: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

SECCIÓN D: RAZÓN DE LA SOLICITUD

Favor de indicar las razones por las que usted quiere que se divulgue su información médica.

- Marque aquí si usted es el paciente o representante legal y no quiere dar la razón.
- Marque aquí si no se divulgará la información médica al paciente o representante legal y escriba aquí la razón de la divulgación _____.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

SECCIÓN E: ¿CÓMO DESEA USTED RECIBIR O ENVIAR SUS ANTECEDENTES MÉDICOS?

Favor de indicar cómo quiere que esta información se envíe al recipiente.

- Marque aquí si usted quiere que la información médica se envíe a la dirección del destinatario que figura en la sección C.
- Marque aquí si usted retirará en persona la información médica del Departamento de Sistemas de Administración de Información Médica [*Health Information Management Services Department (HIMS)*] del hospital. Favor de indicar cómo desea recibir la información médica que está solicitando: Copia en papel Copia en USB
Tenga en cuenta que se cobrarán las copias de la información médica solicitada conforme al esquema actual de tarifas.
- Marque aquí si no está solicitando una copia de su información médica sino que le gustaría revisar sus antecedentes en el Departamento HIMS. Alguien del Departamento HIMS se comunicará con usted para hacer los arreglos.
- Marque aquí si ésta es una situación de emergencia (es decir, en este momento el paciente está recibiendo tratamiento en una instalación médica) y usted quiere que la información médica se envíe por fax a la instalación. Escriba el número del fax aquí _____.
La transmisión de antecedentes médicos por fax sólo está disponible en situaciones de emergencia.

SECCIÓN F: VENCIMIENTO DE ESTA AUTORIZACIÓN

Esta autorización entra en vigor al momento de firmarla y vencerá el (fecha) _____.
Sírvese notar que si no se indica una fecha, esta autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha en que se firmó.

SECCIÓN G: SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

- Usted puede rehusarse a firmar esta autorización. Su negación no afectará su capacidad para obtener tratamiento, pago de seguro o elegibilidad para beneficios.
- Usted tiene el derecho de retirar o revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que el Hospital de Niños *Lucile Packard* ya haya divulgado la información. Para retirar o revocar su autorización, favor de presentar su solicitud por escrito a *Lucile Packard Children's Hospital, Health Information Management Services (HIMS) Department, 4700 Bohannon Drive, 2nd Floor, Menlo Park, Ca. 94025.*
- El Hospital de Niños *Lucile Packard* puede negar su solicitud de revisar o recibir una copia de su información médica bajo ciertas circunstancias autorizadas por ley. Se le notificará de tal negativa y cómo puede apelar a dicha negativa.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

SECCIÓN H: PRECAUCIONES ANTES DE FIRMAR

La información médica que se divulgará como resultado de firmar esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el recipiente. Si esto ocurriera, es posible que la información médica que se ha vuelto a divulgar ya no esté protegida por la ley de privacidad estatal o federal.

Le animamos a que solicite una copia de sus antecedentes y que los revise antes de autorizar la divulgación de los antecedentes a otra persona.

La divulgación de esta información puede implicar ciertos riesgos como que el recipiente vuelva a divulgar la información, su empleo o los beneficios de su seguro pueden verse en peligro o puede perderlos.

Si usted tiene preguntas sobre este formulario de autorización o la divulgación de su información médica, sírvase comunicarse con el Departamento HIMS del Hospital de Niños *Lucile Packard* al 650-497-8079.

SECCIÓN I: FIRMA Y FECHA

Favor de firmar y fechar este formulario para autorizar al Hospital de Niños *Lucile Packard* a divulgar su información médica como se indica en este formulario.

FIRMA ADOLESCENTE (paciente, padre o representante debidamente designado) Fecha

FIRMA (paciente, padre o representante debidamente designado) Fecha

ESCRIBA EL NOMBRE DEL FIRMANTE **Relación a paciente**

Dirección del paciente o representante legal que firma este formulario (favor de usar letra de molde): _____

Número de teléfono del paciente o representante legal que firma este formulario (favor de usar letra de molde): _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Processed by (Print Name): _____ *Date Processed:* _____

Department: _____ *Phone#/Extension:* _____

Sent to HIMS for processing *Date sent:* _____

**A COPY OF THIS AUTHORIZATION FORM MUST BE GIVEN TO THE REQUESTOR
SE DEBE DAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN AL SOLICITANTE.**