



Por favor complete este formulario en su totalidad

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Nombre del paciente: | Fecha de nacimiento |
| Dirección: | |
| Ciudad / Estado / Código postal: | |

Por la presente autorizo mi historial médico y toda la información de salud incluyendo el abuso de alcohol y / o drogas, pruebas de VIH, salud del comportamiento, pruebas genéticas, abuso sexual y / o doméstico y enfermedad venérea a ser:

LIBERADO A:

OBTENIDO DE:

| | | | |
|----------------------------------|--|--|--------------------------------|
| Nombre: | | Nombre: | |
| Dirección: | | Dirección: | |
| Ciudad / Estado / Código postal: | | Ciudad / Estado / Código postal: | |
| Teléfono: | | Teléfono: | |
| Fax: | | Fax: | |
| Información a ser liberada: | <input type="checkbox"/> Todos los registros | <input type="checkbox"/> El tratamiento data de _____ hasta _____ | |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: | |
| ¿Con qué propósito? | <input type="checkbox"/> Transferencia de UMF* | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Legal |
| | <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención medica | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Entrega de registros médicos: | <input type="checkbox"/> Correo Postal US | <input type="checkbox"/> El paciente recogerá el registro medica en: 17 Virginia Ave. Suite 107 Providence, RI 02905 | |
| | <input type="checkbox"/> Fax: | | |

* Si el expediente médico se está copiando para un proveedor que no es miembro de UMF (o para cualquier otro propósito) hay una pequeña tarifa de copiado. Por favor revise y complete el reverso de este formulario para los cargos.

La información médica está protegida bajo la Ley Federal y la Ley General 5_37.3 de Rhode Island y, salvo lo dispuesto por la ley, no puede divulgarse sin el consentimiento por escrito. La información liberada con la autorización no será dada, vendida, transferida, o de cualquier manera retransmitida a cualquier otra persona no especificada arriba.

Esta AUTORIZACIÓN expirará un (1) año a partir de la fecha firmada y podrá ser retirada en cualquier momento futuro y estará sujeta a revocación con notificación por escrito a la University Medicine Foundation, Inc.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Firma del Padre / Tutor Legal
(Si paciente es menor de 18 años)

Fecha

* Todas las preguntas y solicitudes especiales pueden dirigirse a: University Medicine Medical Records, 17 Virginia Avenue, Suite 107, Providence, RI 02905; phone (401) 443-4981. Fax: (401) 383-7090. Email: HIM@umfmed.org

La información divulgada puede ser re-divulgada por la institución receptora o individuo a otras personas u organizaciones que no están sujetas a las leyes de protección de la privacidad. UM no condicionará el tratamiento en el pago de la provisión de esta autorización.



Formulario de aprobación de la tarifa de reproducción del registro del paciente

Los registros médicos y facturas médicas pueden ser solicitados por el paciente y / o el representante personal del paciente. Todas las solicitudes de registros médicos se realizarán por escrito a través de un formulario de autorización debidamente autorizado para la divulgación de información de registros médicos. El reembolso al médico por proporcionar una copia de los registros médicos de formato electrónico a papel será una tarifa fija de \$ 15.00 por registro, basado en un costo promedio por cálculo de registro. La tarifa para la transmisión de registros en formato electrónico, si es posible, será una tarifa fija de \$ 6.50 por registro. Se puede cobrar un cargo por manejo especial de \$ 20.00 adicionales si los registros deben entregarse al paciente o al representante autorizado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la solicitud.

Los honorarios por proporcionar copias a abogados y / o terceros autorizados están de acuerdo con el Código de Regulaciones de RI R5-37-MD / DO: Reglas y Regulaciones Pertinentes a la Licencia y Disciplina de Médicos 11.2 (d)

El proveedor de atención médica se asegurará de que las copias se transmitan (se envíen por correo) dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud válida por escrito. Se permiten 30 días adicionales según los reglamentos federales si se proporciona una explicación sobre el motivo del retraso.

FEE Schedule *(marque todas las selecciones que apliquen)*

El objetivo de University Medicine Foundation es proporcionar a nuestros pacientes diversas opciones según el nivel de necesidad. En base a ese principio, revise el siguiente cronograma de tarifas:

- Copias en papel del registro: tarifa fija de \$ 15.00 por registro.
- Copia electrónica: tarifa fija de \$ 6.50 por registro. **(Tenga en cuenta que no todas las oficinas aceptan registros electrónicos, consulte con su proveedor antes de solicitar esta opción).**
- Expediciones aceleradas: hay una tarifa especial de manejo de \$ 20.00 para los registros requeridos en menos de 48 horas. **En algunos casos, este tiempo de respuesta puede no ser factible.**

Por favor indique la (s) selección (es) arriba y remita el pago con el formulario completado a:

**University Medicine, 17 Virginia Avenue, Suite 107, Providence, RI 02905.
ATTN: Medical Records.**

Tenga en cuenta que aceptamos cheques, VISA, MasterCard y American Express.

| | |
|---|-----------------------------|
| Nombre del padre o tutor si el paciente es menor de edad: | |
| Nombre del paciente (letra impresa): | Fecha de nacimiento: |
| Dirección: | Teléfono: |
| Ciudad / Estado / Código postal: | Firma del Paciente: |
| Dirección de correo electrónico para copias electrónicas: | |
| <input type="checkbox"/> Mi tarjeta de crédito | |
| <input type="checkbox"/> Tipo / número de tarjeta: Fecha de caducidad: | |
| <input type="checkbox"/> Cheque adjunto (A nombre de University Medicine Foundation, Inc.) | |