

Carta de Información Para Obtener Expedientes Médicos

Gracias por permitir al Grupo médico de Facey la oportunidad de ser su grupo médico. Por favor lea las preguntas y las instrucciones siguientes para recibir su expediente médico.

La ley de California (AB610) permite al grupo médico 15 días a partir de la fecha que se recibe su autorización, para procesar las copias de su expediente médico.

Bajo la ley federal Facey o sus registros médicos de proveedor de información, Sharecare Health Data Services, LLC (anterior BACTES), se les permitió hacer un cobro para recuperar ciertos costos relacionados con la realización de copias de sus registros médicos a su disposición. La cuota se cobra es incluido de materiales definidos por HIPAA por la regla final de Omnibus y los costos.

El método de salida solicitado afectara el costo. Para todos los registros, menos los de menos de 10 páginas, la entrega de CD costara menos que los registros impresos, así que indique su preferencia en la forma. Como un ejemplo, un registro que incluye mano de obra, materiales y franqueo, un registro de 40 páginas costaría 10.42 en CD y 11.84 en papel.

Por favor complete y envíe el siguiente material a nuestro personal departamento de información o cualquier clínica de Facey.

Enviar por Fax: (818) 743-5343

Enviar por correo electrónico: roirequests@facey.com

Enviar por correo:

Facey Medical Group
Atención Release of Information
11333 N. Sepúlveda Blvd.
Mission Hills, CA 91345-1196

Tenga en cuenta que de 5-7 días le va llegar un recibo del cobro de la información que usted solicito. Si gusta llamar antes del determinado tiempo para revisar su costo puede llamar al departamento de información. Su cargo puede ser pagado con cheque o tarjeta de crédito.

Pago por teléfono: (800) 560-3800 Presione # 2 para servicio al cliente – favor de dejar un mensaje de devolución de llamada si no hay contacto directo

Pago por correo:

Sharecare Health Data Services
8344 Clairemont Mesa Blvd. Suite 201
San Diego, CA 92111

Pago por correo electrónico: <https://hds.sharecare.com/>

Seleccióne: Record Access – <https://hds.sharecare.com/customer-service-support/>
Ingrese su dirección de correo electrónico para recibir su recibo

Si usted tiene preguntas sobre el estado de su expediente después de someter la información, llame por favor a Sharecare (BACTES) a (800) 560-3800 opción #2 o Facey Medical al (818) 837-5668.

DO NOT SCAN

Autorización Para Obtener Expediente Médicos

Attention: Release of Information Department
Office (818) 837-5668 **Fax** (818) 743-5343 **Email** roirequests@facey.com
11333 N. Sepulveda Blvd., Mission Hills, CA. 91345

Tipo de acceso solicitado: (Marque su selección)

- Copia de Papel Copia transmitido en CD Inspección de expediente (por cita solamente)
 Radiología en CD Transferencia solicitud (*12 meses de visitas serán proporcionados*)

Solicito el acceso como Paciente Padre/Guarda Poder Medico (*Prueba de legal documentación requerida*)

Nombre del Paciente (*imprima claramente*)

Alias

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

(____)_____
Número de Teléfono

Por favor **ENVÍE** información médica **A:**
(*Si el domicilio es igual que arriba*)

Por favor **PETICIÓN** información médica **DE:**
(Uso para requerir su expediente de su doctor anterior)

Nombre de la persona o de la entidad para

Nombre de la oficina/del abastecedor médicos

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado

Código Postal

Ciudad, Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Número de Teléfono

Duración de la forma: Esta autorización expirará 12 meses a partir de la fecha firmada.

Proceso de la revocación: Entiendo que puedo rechazar firmar o puedo revocar (en cualquier momento esta autorización por cualquier razón y que tal denegación o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en el grupo médico de Facey.

Derecho a Copia: Tiene el derecho de recibir una copia de la autorización después de que la firme.

Declaración del Re-Acceso: Entiendo que una vez que el grupo médico de Facey divulgue mi información de la salud al recipiente, el grupo médico de Facey no garantizar que el recipiente no re-divulgue mi información de la salud a terceros. Los terceros no pueden ser obligados a cumplir con esta autorización o la ley aplicable que rige el uso y la divulgación de mi información de la salud.

SEND TO: Scan under ROI/Legal
REQUEST FROM: Scan under Outside Records**

EMRN:

Los expedientes médicos generales pueden incluir la información de la diagnosis y/o el tratamiento de la infección humana del virus de la inmunodeficiencia (VIH) y de enfermedad transmitida. Esto también incluye la información y el tratamiento de la enfermedad mental y el uso de alcohol, drogas y del tabaco, pero excluye notas de la psicoterapia.

Marque lo que solicita e incluya las fechas necesarias

- Toda la información médica general (_____ a _____).
- Radiografía y Ultrasonido específica del (_____ a _____) Reportes CD (\$18.00)
El formato CD requiere 72 horas por tiempo de procesamiento. Excluye mamografías- por favor ver al departamento de Radiografías
- Densidad de los huesos
- Resultados del laboratorio (_____ a _____)
- Salud Mental solamente (_____ a _____)
(Sesiones de la Psicoterapia) _____
 Firma de Paciente o del representante
- Vacunas
- Otro(especifique el tratamiento que solicita): _____
- Transferencia solicitud *(Los primeros 12 meses de visitas serán proporcionados y cualquier adicional tendrá un costo.)*

E leído y entiendo que los términos de esta autorización me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y del acceso de mi información de salud. Por mi firma abajo, por este medio, con conocimiento y voluntariamente, autorizo al grupo médico de Facey usar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente.

 Fecha

 Firma de Paciente o del representante

 Indique la relación
 (Si no está firmado por el paciente)

Su solicitud de registro medico será enviado por correo a la dirección indicada

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA MEDICA

Request processed by: _____ / _____ Date: _____
Approved by (Please print) (Signature)

Released by: _____ / _____ Date: _____
Approved by (Please print) (Signature)

If denied state reason why: _____

Denied by (Please print) (Signature) Date: _____

Sharecare Use Only (Sharecare copied date stamp) →

SEND TO: Scan under ROI/Legal*
REQUEST FROM: Scan under Outside Records*