

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION



Tarifa por copias de Registros Médicos, de acuerdo a la política de Visionary Eye Doctors, a partir de Enero 2019.

Nuestra oficina mantiene los registros médicos en formato electrónico. Si el paciente solicita copias, cobramos setenta y nueve \$ 0.79 centavos por cada página, más el costo postal de envío y preparación (a menos que decida recogerlos). No enviamos registros por correo electrónico porque eso no cumple con las regulaciones de HIPAA, solo los enviamos por correo o fax y para poder hacerlo requerimos que este formulario esté completo. Si solicita que se envíen sus registros a otro doctor(s), centro médico, abogado, o a otra persona que no sea usted (el paciente o su representante personal), le cobraremos una tarifa de preparación de \$ 22.00 dólares, más la tarifa de \$ 0.79 centavos por página, y el costo de envío postal. No se pueden aplicar tarifas de copiado y tarifas de preparación a ningún paciente de Medicaid.

INFORMATION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENT: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DOMICILIO: _____ CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL: _____

AUTORIZACIÓN PARA:

(Escoja una de las opciones, asegúrese que los nombres, direcciones y números sean correctos)

- RECOGER PERSONALMENTE
- ENVIAR POR CORREO A MI DIRECCION (se aplican gastos de envío y preparación)
- AUTORIZO A _____ PARA RECOGER MIS RECORDS. (REQUIRE -PHOTO ID)
- FAX A NOMBRE DE: _____ DOCTOR / CENTRO DE SALUD |PLAN |ABOGADO| OTRO| A ESTE NUMERO DE FAX _____
- ENVIAR POR CORREO – DOCTOR/CENTRO DE SALUD | PLAN |ABOGADO | OTRO | A ESTA DIRECCION: _____

FECHAS REQUERIDAS:

DESDE: _____ / _____ (MES / AÑO)- HASTA: _____ / _____ (MES / AÑO)

- REGISTRO COMPLETO PRUEBAS DE DIAGNOSTICO OTRO (ESPECIFIQUE): _____

MOTIVO/RAZON: CHEQUEAR TODO LO QUE APLICA, TENGA EN CUENTA LA TARIFA POR COPIA DE \$ 0.79 centavos por cada página, más la tarifa de preparación de \$ 22.00 dólares, si se solicita que los registros se preparen y sean enviados a un proveedor o persona que no sea el paciente o al representante personal del paciente

- CAMBIO/TRALADO DE ATENCION MEDICA
- INVESTIGACION O ACCION LEGAL
- PERSONAL (A MI PEDIDO)
- SEGURO
- OTRO (ESPECIFIQUE): _____

ESTOS SON SUS DERECHOS CON RESPECTO A SUS REGISTROS DE INFORMATION MÉDICA:

- Entiendo que se me puede cobrar una tarifa por las copias de registro, que no excedan un valor total de \$ 81.63 dólares, y también el costo postal de envío y manejo.
- Al firmar a continuación reconozco que: Puedo revocar esta autorización por escrito, pero no afectará el proceso de transferencia que ya se estén realizando con esta autorización.
- Puedo negarme a firmar esta autorización, y mi tratamiento no estará condicionado a la firma de este formulario, a menos que el propósito de mi tratamiento requiera que la información se comparta con una tercera persona (por ejemplo, una prueba de drogas para el empleo) o sea necesario por una compañía de seguro para la investigación de un reclamo / política según lo autoriza la ley, y si la firma de la autorización es una condición para obtener cobertura de seguro
- Si deseo, puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización
- En remplazo del original, se puede usar una fotocopia o la imagen escaneada de este documento/autorización.
- Entiendo que los destinatarios pueden no estar sujetos a la ley federal y podrán compartir la información que les he autorizado a recibir

FIRMA: _____ FECHA: _____

SI ESTÁ FIRMADO POR UN REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE, IMPRIMA SU NOMBRE COMPLETO Y SU RELACIÓN CON EL PACIENTE

NOMBRE: _____ RELACION: _____