

Carta de Información Para Obtener Expedientes Médicos

Gracias por permitir a Providence Medical Institute (PMI) la oportunidad de ser su grupo médico. Por favor lea las preguntas y las instrucciones siguientes para recibir su expediente médico o solicitudes de radiología.

Como paciente, tiene derecho a copias de su información médica. En adición, los registros médicos son documentos legales que debe mantener Providence Medical Institute. La ley de California permite al grupo médico 15 días hábiles a partir de la fecha que se recibe su autorización, para procesar las copias de su expediente médico ([CA H&S Code 123110\(b\)](#)).

Bajo la ley federal PMI o su proveedor de registros médicos 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 cubre costos laborales, materiales y costo postal definidos por HIPAA y por la regla final de Ómnibus. Y afectara el costo final según la manera de reprodujeron su solicitud. Todos los registros, menos de 10 páginas no tienen costo, y la entrega de expedientes en CD costara menos que los expedientes impresos, así que indique su preferencia en la forma. **Como un ejemplo: un expediente de 40 páginas que incluye mano de obra, materiales y costo postal, costaría \$10.42 en CD y \$11.84 en papel.** Las tarifas de solicitud de radiología aplican algo diferente.

Si la solicitud de registros médicos es para la transferencia de atención médica, se enviarán directamente al nuevo médico u otro centro de atención médica, su expediente de los últimos 12 meses se enviará por correo electrónico sin cargo. El correo electrónico se debe proporcionar en el formulario de autorización.

Por favor llene el formulario de autorización completamente y envíelo por fax, correo electrónico, correo postal o entréguelo a cualquier clínica de PMI.

Enviar por Fax: (310) 792-6390

Enviar por correo electrónico: capmirecords@providence.org

Enviar por correo: Providence Medical Institute
Attention: Release of Information Department
11333 N. Sepulveda Blvd.
Mission Hills, CA 91345-1196

Tenga en cuenta que de 5-7 días hábiles llegara un recibo del cobro de la información que usted solicito. También puede comprobar el estado de su solicitud o pagar la factura en línea. A continuación, se muestra el número de teléfono y sus opciones.

Comprobar el Estado: <https://recordstatus.sharecare.com>

Pago por Teléfono: (800) 560-3800 Presione # 2 para servicio al cliente.

Pago En Línea: <https://payment.hds.sharecare.com>

Pago por Correo: Sharecare Health Data Services (HDS)
8344 Clairemont Mesa Blvd. Suite 201
San Diego, CA 92111

Para Recibir Registros Electrónicamente: <https://payment.hds.sharecare.com/Accounts/Verify>

Si usted tiene preguntas sobre el estado de su expediente después de someter la información, llame por favor a Sharecare HDS a **(800) 560-3800 opción #2** o llame a Providence Medical Institute al **(818) 847-6966**.

**** DO NOT SCAN ****

AUTORIZACION PARA OBTENER EXPEDIENTE MEDICOS**Atención: Release of Information Department****Oficina:** (818) 847-6966 **Fax** (310) 792-6390 **Email** capmirecords@providence.org**Dirección:** 11333 N. Sepulveda Blvd, Mission Hills, CA. 91345**Tipo de registros solicitados:** (Si selecciona más de una opción, se puede haber cargos adicionales)Copia de Registros Papel CD | Copia de Imágenes en CD (\$6.50) Copia de Registros Entrega Electrónica | Copia de Imágenes Entrega Electrónica Inspección de expediente (por cita solamente – *permita 5 días hábiles*) Solicitud de Transferencia de cuidado médico (*Los últimos 12 meses de visitas serán proporcionadas sin costo cuando se envíen directamente al médico u otro centro médico*)**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: Código Postal: Número de Teléfono:

Por favor **ENVÍE** información médica **A:**
(*✓ Si el domicilio es la misma de arriba*)Por favor **SOLICITE** información médica **DE:**

Nombre de la persona o entidad para recibir información

Nombre de la oficina/del abastecedor médicos

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Ciudad, Estado Código Postal

Número de Teléfono/Fax Email

Número de Teléfono/Fax Email

Duración: Su forma permanecerá activa por 12 meses a partir de la fecha firmada.**Proceso de la revocación:** Tiene el derecho de rechazar firmar o 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 PMI.**Derecho a Copia:** Tiene el derecho de recibir una copia de la autorización si la solicita.**Declaración del Redescubrimiento:** Entiendo que una vez que el grupo médico de PMI divulgue mi información de la salud al recipiente, el grupo médico de PMI no garantiza 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.**Scan under Auth. and Consents – ROI/Legal***

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

- Transferencia solicitud *(Los últimos 12 meses de visitas serán proporcionadas sin costo cuando se envíen directamente al médico u otro centro médico)*
- Completa Información Médica General
- Información Médica General *(rango de fechas)* de _____ a _____
- Información sobre herida específicas o tratamientos:
- Radiografía Ultrasonido Mamografía | Reportes Imágenes en CD (\$6.50)
(Si se marcó una casilla arriba, agregue el rango de fechas) de _____ a _____
- Densidad de los huesos
- Resultados del laboratorio *(rango de fechas)* de _____ a _____
- Vacunas

Información Medica Sensible (no se dará a menos que se especifique):

- Salud Reproductiva _____ Cuidado de Genero Afirmativo _____
Iniciales *Iniciales*
- Salud Mental **solamente** *(rango de fechas)* de _____ a _____
Firma de Paciente o del Representante

***No hay opción para recoger registros.**

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 firmado por paciente)

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

Sharecare Use Only (Sharecare copied date stamp) →

Scan under Auth. and Consents – ROI/Legal*