

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 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 Facey Medical Group. 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 Facey 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 Facey.

Enviar por Fax: (818) 743-5343

Enviar por correo electrónico: roirequests@facey.com

Enviar por correo: Facey Medical Group

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 Facey Medical al **(818) 837-5668**.

AUTORIZACION PARA OBTENER EXPEDIENTE MEDICOS

Atención: Release of Information Department

Oficina: (818) 837-5668 **Fax** (818) 743-5343 **Email** roirequests@facey.com

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)

Nombre de la persona o entidad para recibir información

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Número de Teléfono/Fax Email

Por favor **SOLICITE** información médica **DE:**

Nombre de la oficina/del abastecedor médicos

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

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 Facey.

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 Facey divulgue mi información de la salud al recipiente, el grupo médico de Facey 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
- 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 está firmado por el 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: _____

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

Sharecare Use Only (Sharecare copied date stamp) →