



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	<input type="checkbox"/> Otro	
Entrega de registros médicos:	<input type="checkbox"/> US correo	<input type="checkbox"/> El paciente recogerá: 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 bajo 18)

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 (pending)

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 Tasa de Reproducción del Expediente del Paciente

Código de Reglamentos del RI R5-37-MD/DO: Reglas y reglamentos relacionados con la licencia y la disciplina de los médicos - Registros médicos.

Los expedientes médicos y las facturas médicas pueden ser solicitados por el paciente y / o el representante personal del paciente. Todas las solicitudes de registro médico a los médicos se harán por escrito a través de una Autorización para la Divulgación de Información de Cuidado de la Salud correctamente ejecutada. El reembolso al médico por proporcionar una copia de los registros médicos, independientemente del formato, no excederá de 76 centavos por página para las primeras 50 páginas. Después de 50 páginas, la cuota no excederá de 51 centavos por página. La carga total no excederá \$ 127.49. El costo por la transmisión de los documentos en formato electrónico será consistente con el número de páginas transferidas y, si es mayor de 225 páginas, no excederá de \$ 127.49. Se puede cargar un cargo especial de manipulación de \$ 20,40 adicionales si los registros deben ser entregados al paciente o al representante autorizado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la solicitud. Se admite un cargo adicional para reflejar el costo real de envío o transferencia electrónica. Los honorarios por proporcionar copias a terceros autorizados no excederán de \$ 2.55 para las primeras 10 páginas, \$.76 por página para las páginas 11-50 y \$.51 por página para las páginas 51+. No hay un cargo máximo permitido. El proveedor de atención médica se asegurará de que las copias se transmitan (por correo) dentro de los 30 días siguientes a la recepción de una solicitud escrita válida.

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

Es la meta de la Fundación de Medicina Universitaria proporcionar a nuestros pacientes varias opciones basadas en el nivel de necesidad. Sobre la base de ese principio, revise el siguiente plan de tarifas:

- Registro completo. Se le facturará a la tasa permitida de copia de estatutos de RI: \$.76 por página para las primeras 50 páginas, \$.51 por página hasta 225 páginas. Para registros de más de 225 páginas, la cuota no excederá \$127.49.
- Cualquier registro que requiera correo tendrá el costo real de envío y manipulación añadido a la orden.
- Expedited Records: Hay una tarifa de manejo especial de \$ 20.40 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.

Padre o tutor si el paciente es menor de edad:	
Paciente Nombre impreso:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
Ciudad / Estado / Código postal:	Firma del Paciente:
<input type="checkbox"/> Mi tarjeta de crédito	
<input type="checkbox"/> Tipo / número de tarjeta: Fecha de caducidad:	
<input type="checkbox"/> Verificar adjunto (A nombre de University Medicine Foundation, Inc.)	