

FORMULARIO HIPAA B

PEDIATRIC ASSOCIATES

SOLICITUD PARA ENTREGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

POR FAVOR COMPLETE UN FORMULARIO POR NIÑO.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección del Paciente: _____ **No. de Expediente:** _____
Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal **No. de Teléfono:** _____

Para entregar expediente o copias: Al firmar este formulario, yo autorizo a la parte mencionada aquí debajo a usar y/o divulgar cierta información médica protegida (PHI) mía o de mi hijo/a. Yo también entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, a la dirección provista debajo de no haber sido divulgada aún la información.

Yo autorizo:

Nombre del Proveedor

Dirección, Calle

Ciudad, Estado, Código Postal

No. de Teléfono

Para entregar a:

Nuevo Proveedor, especialista, o persona a recibir copia

Dirección, Calle.

Ciudad, Estado, Código Postal

No. de Teléfono

Solicitud de copia para el Paciente o Tutor Legal: Papel y/o Electrónica

Yo entiendo y acepto que soy financieramente responsable por los cargos generados por mi solicitud: Cargos por copias, incluido el costo de material, artefacto electrónico, labor, y sellos relacionados a la producción de mi información. Yo entiendo que los cargos por copias de papel son: **\$1.00 por página las primeras 25 páginas, y \$.25 por cada página siguiente. Si solicita una copia electrónica, el cargo es de \$20.00 que cubre el costo de una memoria CD encripta. El costo de Imágenes Digitales de Placas Radio X en CD es de \$10.00.**

Los costos de reproducción de los récords médicos son conforme a la regla de Registro Administrativo FL 64B8-10.003 y F.S. 164.524 © 4

Información a ser Entregada / Solicitada: Todo expediente médico correspondiente Inmunizaciones

Notas de laboratorios - fechas: _____ Placas Radio X - fechas: _____ Otro: _____

Información a ser Excluida / No Entregada: Récords de salud mental Tratamiento por drogas/alcohol

Pruebas VIH Récords de abuso sexual / violencia Otro: _____

Razón para entregar o copiar récords: Copia personal <mire debajo / cargos aplican> Mayor de 21 años Continuar la atención médica

Cambio de seguro Referido a especialista Mudarse fuera del estado Dejando la práctica médica

Infeliz debido al tiempo de espera Infeliz debido al servicio al cliente

Descontento con el médico (por favor indique por qué) _____

Descontento con la práctica médica (por favor indique por qué) _____

***Solicitudes de inspección sólo son válidas por la fecha de la firma / Solicitud de copia o entrega vence 30 días de la fecha de la firma**

***Por favor concédanos 30 días para procesamiento**

Firma de Paciente o Tutor Legal

Imprima Nombre del paciente o Tutor Legal

Fecha

Prohibición de Re-distribución: esta información ha sido divulgada a usted de récords cuya confidencialidad es protegida por la ley. Cualquier divulgación posterior queda estrictamente prohibida a menos que el Paciente o Tutor Legal provea consentimiento específico por escrito para divulgación posterior de esta información. Estos récords pueden ser protegidos por Ley Federal (42 CFR, parte 2).