



Autorización Para Uso de Información de Historial Médico Austin Regional Clinic

ARC MRN
ARC Location

Información del Paciente
Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:
Dirección del Paciente: Teléfono de Casa:
Ciudad: Estado Código Postal: Teléfono del Trabajo:

Proporcionar Información a:
Por medio de la presente autorizo a Austin Regional Clinic (ARC) a otorgar mi historial médico a:
Enviar Copias a: Detener para Recoger: Discutir Información Médica con:
Nombre: Atención:
Dirección: Teléfono:
Ciudad: Estado Código Postal: Fax:
Razón de la Petición: Personal Continuation del tratamiento (Segunda Opinión/ Especialista) Aseguranza Legal
Transferencia (Razón) Otra

Favor de proporcionar la siguiente información: Notas
Favor de proporcionar un resumen de 2 años (Incluyendo 5 años de exámenes diagnósticos) Tarifa de copias: \$25.00 Max por archivo de 2 años
Otro: Especifique nombre del médico y fechas en notas. Se le cobrará una tarifa según el Estatuto de Texas por: Copias impresas: \$0.39/pag, más gastos de envío. (no excederá de \$15.00) Copias Electrónicas: Primeras 500 pgs -no excederá de \$25; Más de 500 pgs - no excederá de \$50.00

Autorización para Proporcionar Información Confidencial
*Requerido----- Favor de indicar seleccionando cómo desea que ARC maneje su información confidencial
Proporcionar Historial? Marque cada uno
Yo SI NO DESEO Proporcionar mi Historial Médico Completo.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información acerca de mi Tratamiento de Salud Mental.
Yo SI NO DESEO Proporcionar exámenes de *VIH ó información relacionada.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información acerca de *Pruebas Genéticas.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información acerca de exámenes de *Hepatitis C ó información relacionada.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información sobre *Abuso de Sustancias y/ó Alcohol.
Yo SI NO DESEO Proporcionar información acerca de
Yo SI NO DESEO Proporcionar información electronicamente. ARC reserva el derecho de proporcionar información electrónicamente para el tratameinto, pago ó procedimientos de atención médica a menos que sea requerido por la ley.
STOP Favor de confirmar que haya marcado y firmado TODAS las categorías de información confidencial aún cuando las categorías no apliquen necesariamente a la información médica del paciente. Autorizo específicamente a ARC de proporcionar mi Información de Salud Protegida como se describe en esta forma a las personas que se indican anteriormente. Entiendo que una vez liberada mi información, está sujeta a ser divulgada nuevamente y ya no estará protegida por el estado ni por regulaciones federales de privacidad. Además entiendo que conservo el derecho de revocar esta autorización si se hace de acuerdo a los pasos anteriores.

Firma del Paciente Fecha*
Firma del Padre/Representante Legalmente Reconocido** Fecha**
Testigo Fecha

Conoce tus derechos de privacidad Referete al "AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA"

*Esta autorización es válida por 90 días (30 días para el tratamiento de abuso de alcohol/drogas) a menos que usted especifique de otra manera: Usted puede revocar ésta autorización en cualquier momento proporcionando una nota por escrito al Departameno de Informaciónn Médica, con excepción de que ARC ya haya realizado alguna acción previa a su petición.
** Con mi firma, yo confirmo que soy el representante legal del paciente mencionado arriba y de acuerdo a lo siguiente:
La información proporcionada por ésta Autorización puede volverse a proporcionar por la institución que la recibió ó de un individuo a otros individuos ú organizaciones que no están sujetas a la ley de protección de privacidad. ARC no mandará ninguna condición a su tratamiento basado en el pago de esta autorización.
Rev. 04/16

Explicación de Tarifa por copias de su Historial Médico Austin Regional Clinic

Estimado paciente de Austin Regional Clinic:

HealthPort es la compañía que trabaja con Austin Regional Clinic para la divulgación de información de Historiales Médicos. La tarifa de HealthPort sigue la misma del Estatuto del Estado de Texas.

Si require de copias impresas, el costo es el siguiente:

- Página 1-500: \$0.39 por página
- Más el cargo de envío por correo (No excederá de \$15.00 dlls)

Si desea recibir su historial electrónicamente, el costo es el siguiente:

- Primeras 500 páginas: no excede de \$25.00
- Más de 500 páginas: no excede de \$50.00

Austin Regional Clinic está congelando la tarifa en \$25.00 por un resumen de su historial medico de dos años, incluyendo cinco años de diagnósticos, independientemente del número de páginas.

Si usted require su historial completo, la tarifa que cobra HealthPort será calculada de acuerdo al Estatuto del Estado de Texas.

Por favor llene la forma adjunta de “Autorización para el uso de Información de Historial Médico” completamente. Para un proceso más rápido, favor de enviar por correo, personalmente ó por medio de fax la forma completa a:

HealthPort- Release of Information
6397 N IH 35, Ste 500
Austin, Texas 78752
Fax: 404-855-4977

Le enviaremos una factura después de los 5 días de recibido. El pago podrá ser remitido con Tarjeta de Crédito ó Cheque y puede realizarse de la siguiente manera:

Via Correo:

PO Box 409900
Atlanta, GA 30384

Via Telefónica:

1-877-585-9900

Vía Internet:

www.healthportpay.com

Su solicitud se llevará a cabo después de haber recibido el pago en cualquiera de los medios mencionados anteriormente. Si tiene alguna pregunta en cuanto al monto a pagar, por favor contacte HealthPort al teléfono 770-810-8908.

Gracias por confiar en Austin Regional Clinic.