



Medical Records Release Billing and Fees

Palm Medical Group, 911 S. Main Street, Trenton, FL 32693 • Teléfono: 352-463-2374 FAX: 352-463-2726

Palms Medical Group contrata a una compañía externa de registros médicos para procesar las solicitudes de copias de registros médicos. La divulgación de información médica del paciente se rige por las leyes federales y estatales.

Para divulgar su información médica de Palms Medical Group, usted debe:

- Complete todas las secciones del formulario de Autorización para la Liberación de Medicamentos.
- Entregue en mano, envíe, envíe por correo electrónico o fax una solicitud firmada a Palms Medical Group, ATTN: Medical Records.
- Si usted es menor de 18 años, su padre otutor legal también debe firmar.

Lo que proporcionaremos al paciente sin costo alguno.

Sin costo alguno para usted, le proporcionaremos hasta 50 páginas de los registros médicos que sean relevantes para su atención. Esto se llama un resumen. Si desea registros adicionales, deberá especificar cuáles en el Formulario de autorización.

¿Qué es un resumen?

Un resumen contiene solo los registros médicos que usted y sus proveedores necesitan para continuar su atención después del alta. Esto es lo que se libera a menos que solicite su registro médico legal. (El resumen generalmente incluye: Resumen de alta, Historia y físico, laboratorio, patología, informes operativos, notas de procedimiento, informes de radiología, lista de problemas y medicamentos).

¿Qué es un registro médico legal?

Además de lo que está en abstracto, su registro médico legal tiene toda la información necesaria para identificarlo, respaldar su diagnóstico, justificar su tratamiento y documentar su atención y resultados.

Lo que proporcionaremos por una tarifa razonable

Si desea que sus registros se envíen a alguien que no sea su médico o para su uso personal, debe completar y firmar una autorización. Además, usted o la persona que recibe los registros deben aceptar pagar las tarifas. A continuación se muestran las tarifas,

**\$1.00 por página para 1-25 páginas.
\$0.25 por página para más de 25 páginas**



Autorización de divulgación de registros médicos

Por favor complete todas las secciones de este formulario. Firmar y regresar a:

Palm Medical Group, 911 S. Main Street, Trenton, FL 32693 Teléfono: 352-463-2374 • FAX: 352-463-2726

1. Identificación del paciente

Fecha de nacimiento:	Ubicación de PMG:		Nombre del proveedor:
Nombre legal:	Primer: _____	ME: _____	Último: _____
Dirección:	Dirección: _____ Apartamento No.: _____		
	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Correo electrónico:	¿Registrarse en el Portal del Paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ya te registré		
Teléfono celular:	Teléfono de casa:		

2. Liberar registros hacia/desde

Puede usar este formulario para permitir que su proveedor de atención médica acceda y use su información médica. Su decisión de firmar este formulario no afectará su capacidad para obtener tratamiento médico, el pago del tratamiento médico o la inscripción en el seguro de salud o la elegibilidad de los beneficios.

Método de entrega:	REGISTROS A:	REGISTROS DE:
<input type="checkbox"/> Correo	Nombre/Agencia: _____	Nombre/Agencia: _____
<input type="checkbox"/> Fax	Dirección: _____	Dirección: _____
<input type="checkbox"/> Correo electrónico	Ciudad: Estado: Código postal: _____	Ciudad: Estado: Código postal: _____
<input type="checkbox"/> Recogida en persona	Teléfono: Fax: _____	Teléfono: Fax: _____

3. Información solicitada (pueden aplicarse tarifas)

Resumen de registros médicos durante 2 años (hoja facial H&P, resumen de alta, informes de consulta, informes operativos, informes de patología, informes de cardiología, informes de laboratorio, informes de imágenes e informes de sala de emergencias)

<input type="checkbox"/> últimas 2 notas de Office	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Últimos informes de cardiología/ECG	<input type="checkbox"/> Últimos informes de radiología/rayos X/resonancia magnética
<input type="checkbox"/> Notas de obstetricia / ginecología	<input type="checkbox"/> Última nota PAP	<input type="checkbox"/> Último informe de mamografía	<input type="checkbox"/> último informe de colonoscopia
<input type="checkbox"/> Salud Mental/Tratamiento Psiquiátrico		<input type="checkbox"/> Tratamiento o pruebas de ETS/VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Otros

4. Propósito de la solicitud

<input type="checkbox"/> Litigios	<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> seguro	<input type="checkbox"/> Copia personal/Auto
<input type="checkbox"/> Discapacidad/SSI	<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Transferencia de atención (abandono permanente de PMG)

PERÍODO EFECTIVO: Este formulario de autorización / permiso permanecerá vigente hasta mi muerte o el día en que retire mi permiso.

REVOCAR MI PERMISO: Puedo revocar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a Palms Medical Group.

Además:

- Autorizo el uso de una copia (incluida la copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Entiendo que hay algunas circunstancias en las que esta información puede ser revelada nuevamente a otras personas.
- Entiendo que negarme a firmar este formulario no impide la divulgación de mi información de salud que de otra manera está permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico.
- **He leído todo este formulario y acepto las divulgaciones anteriores de los tipos de fuentes enumeradas.**

Firma:

Fecha:

Nombre impreso del representante legal:

Fecha de firma:

Sino sea paciente, indique la relación: Padre del menor Tutor Otro (explique): _____