



Instrucciones para el Paciente para la Obtención de Copias de los Registros Médicos

Gracias por permitirle a QueensCare Health Centers la oportunidad de ser su proveedor de atención de la salud. Revise las siguientes pautas e instrucciones para acelerar el tiempo de recepción de sus registros médicos.

Las leyes de California ([CA H&S Code 123110\(b\)](#)) estipulan que el proveedor de atención médica del paciente puede tomarse 15 días (contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud) para procesar una solicitud de copias de registros médicos presentada por un paciente. El tiempo de respuesta de QueensCare HealthCare Centers es aproximadamente de 15 días hábiles, según la ubicación de sus registros médicos (almacenamiento en otro sitio, lugares en que se encuentren las clínicas, etc.).

Las leyes federales y estatales permite que QueensCare Health Centers o nuestro proveedor de service Sharecare Health Data Services cobre alguna cuota/costo que tienen que ver con el proceso obtener sus registros medicos. El metodo que usted pida sus registros medicos impactara su costo. Por ejemplo, si sus registro medico es de 40 paginas y le cuesta \$11.84 en copias de papel, un CD le costara \$10.42.

Hemos contratado a Sharecare Health Data Services como el proveedor de servicios para responder a las solicitudes de registros médicos del paciente. Hemos adjuntado una Solicitud de Registro Médico con instrucciones para solicitar/pedir copias de su archivo. Para que podamos procesar su solicitud, llene por completo la solicitud y envíela a nuestro personal de **Divulgación de la Información**.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- **No** aceptamos formularios de autorización por fax.
- Si su solicitud esta incompleta, el tiempo de respuesta a su solicitud puede demorarse.

Puede enviar por correo o entregar su paquete en persona en el Departamento de Divulgación de Información de QueensCare Health Centers a la dirección que figura a continuación, o llenar el paquete y dejarlo en una de nuestras convenientes **ubicaciones de QueensCare Health Centers**. La clínica enviará su solicitud a nuestro **Departamento de Divulgación de Información** a la siguiente dirección:

QueensCare Health Centers
Attn: **Patient Access Center**
950 S. Grand Ave., 2nd Floor South
Los Angeles, CA 90015

Nuestro personal está dispuesto a ayudarle a llenar los formularios adjuntos y responder a las preguntas que pueda tener sobre la información solicitada. Una vez que envíe la información adjunta, si tiene preguntas sobre el estado de sus registros, llame a nuestro centro de atención al paciente al 800.560.3800 para recibir asistencia. Deje transcurrir de 5 – 7 días hábiles antes de llamar.

Muchas gracias por permitirnos prestales nuestros servicios,
QueensCare Health Centers

Qué Debe Esperar cuando Solicita Registros Médicos

Las leyes de Estados Unidos y California se promulgaron para protegerlo a usted, el consumidor, del uso fraudulento de su información personal, incluida la información de salud personal que figura en sus registros médicos.

Cada proveedor médico tiene procesos y procedimientos propios para manejar la divulgación de la información. En QueensCare Health Centers, cuando respondemos a solicitudes de información, proporcionamos un conjunto estándar de registros e información médica que acata las estrictas pautas que exigen los gobiernos Federal y Estatal.

La información médica que se le proporciona documenta la atención brindada durante su tratamiento en QueensCare Health Centers. Lo que sigue es un resumen de las categorías de información junto con una breve explicación de lo que proporciona QueensCare Health Centers cuando responde a solicitudes de registros médicos.

LO QUE SE PROPORCIONA

→ **AVISO IMPORTANTE:** Tenga en cuenta que, por ley, QueensCare Health Centers debe proporcionar la información mínima requerida y sólo puede divulgar información que usted haya específicamente solicitado y autorizado en el formulario de autorización de QueensCare Health Centers y nada más que eso. Salvo indicación específica, QueensCare Health Centers proveerá un (1) año de información pertinente según se define a continuación.

- **Notas Clínicas:** Método de documentación empleado por proveedores de atención médica para tomar apuntes en la historia clínica de un paciente.
- **Anamnesis y Exploración Física:** Registro que documenta información importante con respecto a la condición de salud actual del paciente. La información incluye respuestas a los antecedentes médicos personales y familiares y exámenes de los sistemas orgánicos en suficiente detalle para controlar la afección presente del paciente.
- **Consulta:** Informe que documenta el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del caso del paciente.
- **Laboratorio:** Los informes de laboratorio más recientes de análisis realizados en el paciente.
- **Radiología:** Todos los informes radiológicos (Tomografía Computarizada, Resonancia Magnética Nuclear [MRI], Ecografías, Radiografías y Estudios de Medicina Nuclear).
- **Estudios de Diagnóstico:** Electrocardiogramas, Ecocardiogramas e informes relacionados con el corazón más recientes.
- **Cirugía/Patología:** Informes operativos que documentan todos los aspectos de la cirugía y los hallazgos de cualquier muestra que se extraiga y envíe a diagnóstico.

LO QUE NO SE PROPORCIONA

Facturas, Placas, Imágenes de Patología o Registros Externos.

La información anterior puede solicitarse mediante contacto directo con estos departamentos.



Patient Record: _____

AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este documento debidamente llenado autoriza la divulgación y el uso de la información de salud sobre usted. La autorización puede perder validez si no se proporciona toda la información solicitada.

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Uso y Divulgación de Información de Salud			
Por el presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud según se describe a continuación:			
Persona/organización autorizada a proporcionar la información		Persona/organización autorizada a recibir la información	
Nombre: _____		Nombre: _____	
Agencia/organización: _____		Agencia/organización: _____	
Dirección: _____		Dirección: _____	
Ciudad/Estado/Código Postal: _____		Ciudad/Estado/Código Postal: _____	
Teléfono: _____ Fax: _____		Teléfono: _____ Fax: _____	
Esta autorización se aplica a la siguiente información:			
a. <input type="checkbox"/> Toda la información general (desde _____ hasta _____) correspondiente a mis antecedentes médicos, condición mental o física y tratamiento recibido			
<input type="checkbox"/> Información con respecto a una lesión o tratamiento específico (desde _____ hasta _____):			
<input type="checkbox"/> Rayos X (desde _____ hasta _____): <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Placas			
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio (desde _____ hasta _____)			
<input type="checkbox"/> Registros médicos del empleado (incluida la documentación del reconocimiento físico de ingreso y el reconocimiento físico anual)			
<input type="checkbox"/> Otro: _____			
b. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque la casilla correspondiente)			
<input type="checkbox"/> Información de tratamiento de salud mental ¹			
<input type="checkbox"/> Resultados de examen de VIH			
<input type="checkbox"/> Información del tratamiento de alcohol/drogas			
<i>Nota: Se requiere una autorización aparte para la divulgación o el uso de notas de psicoterapia.</i>			
Propósito del Uso o la Divulgación			
<input type="checkbox"/> A pedido del paciente (opción no válida si la autorización fue solicitada por un proveedor de atención de la salud o plan de salud)			
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			
Vencimiento			
La presente autorización vence (marque una opción):			

Si se está solicitando que la información de salud mental cubierta por la Ley de LantermanPetrisShort se divulgue a un tercero, deberán aprobar la divulgación el médico, el psicólogo con licencia, el trabajador social con una maestría en trabajo social o matrimonio, y el terapeuta familiar a cargo del paciente. Si la divulgación no se aprueba, deberán documentarse los motivos de ello.



a los 90 días o cuando la información autorizada haya sido divulgada, lo que ocurra primero

al final del estudio de investigación (sólo si la autorización es para usar/divulgar información para una investigación)

Responda a la siguiente pregunta solamente si un proveedor de atención de la salud o plan de salud está solicitando la autorización.

¿El proveedor o el plan recibirá algún tipo de compensación por el uso o la divulgación de la información solicitada? Sí No

Mis Derechos

- Comprendo que esta autorización se aplica solamente a los tratamientos o servicios recibidos hasta la fecha que figuran a continuación y no se aplica a ningún tratamiento ni servicio subsiguiente.
- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Ningún tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para recibir beneficios estará condicionado a que yo proporcione o me rehúse a proporcionar esta autorización (excepto en el caso de un tratamiento relacionado con la investigación, suscripción médica o determinaciones de riesgo previas a la inscripción, o prestación de la atención de la salud con el fin exclusivo de crear información de salud para divulgarla a un tercero). Bajo ninguna circunstancia se me puede exigir que autorice la divulgación de notas de psicoterapia.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo mediante un documento por escrito, firmado por mí y entregado en QueensCare Health Centers, 950 S. Grand Ave., 2nd Floor South, Los Angeles, CA 90015. Mi revocación entrará en vigencia luego de recibida, pero no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Si un plan de salud o proveedor de atención de la salud ha solicitado esta autorización, debo recibir una copia de este formulario una vez que lo firme.
- Comprendo que la información que se divulgue conforme a esta autorización podría volver a divulgarse por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, la ley de California prohíbe que el destinatario de mi información de salud continúe divulgándola a menos que yo proporcione otra autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea específicamente exigida o permitida por la ley.
- Puedo examinar u obtener una copia de la información que figura en este formulario.

Firma

_____	_____
Firma del paciente/representante legal	Fecha
_____	_____
Nombre en letra de imprenta del paciente/ representante legal	Si es representante legal, relación con el paciente

Medical Provider Approval/Comments (required for release of Mental Health treatment info.)

Request approved by: _____ Date: _____

If denied, state reason why: _____

Comments: _____

Método de entrega: CD Correo Retiro en Centro de Procesamiento

Retiro en _____

Nombre del centro de salud

Authorization received by: _____ on: _____



Formulario de Pago de los Registros Médicos

CÓDIGO CIVIL DE CALIFORNIA 123110: Acceso del Paciente de California a los Registros de Salud. Inspección y copia; Párrafo (b) Además, todo paciente o representante del paciente tendrá derecho a recibir copias de todo o parte de los registros del paciente que éste tenga derecho a examinar, al presentar una solicitud por escrito ante el proveedor de atención médica especificando los registros que se deben copiar, junto con una cuota para sufragar el costo de las copias.

***** Aviso Importante *****

El pago por la petición de su archivo médico no será entregado a QueensCare Health Centers. Sharecare Health Data Services mandará una factura y colectará el pago.

Fecha: _____ No. de Registro del Paciente: _____
Nombre del Paciente: _____ No. de contacto durante el día: _____

Método de Pago (A ser llenado por el Paciente) NO SE ACEPTA EFECTIVO

Cheque (pagadero a Bactes) Giro Postal Tarjeta de Crédito (MC, Visa, AMEX)

N.º de Cheque/Giro Postal: _____

N.º de Tarjeta de Crédito: _____

Fecha de Vencimiento: _____ **Código de Seguridad de 3 Dígitos:** _____

Nombre en la Tarjeta de Crédito: _____

Firma del titular de la tarjeta de crédito: _____

Dirección de Facturación del **Paciente:** _____