

Solicitud de acceso de los pacientes a la información sobre salud

Bakersfield Neuroscience & Spine Institute
2601 Oswell Street, Suite 101, Bakersfield, CA 93306
Oficial de Privacidad (661-872-9999) • Fax (661-872-9988)

Como es requerido por la Ley de Responsabilidad de 1996 y la ley de California Información de Portabilidad y Salud, usted tiene derecho a solicitar la oportunidad de inspeccionar y copiar información de salud que pertenece a usted. Vamos a evaluar su solicitud y o bien autorizará o explicar la razón por la cual no se concederá la solicitud. Su derecho de acceso no se extiende a la información compilado en la participación razonable de, o para su uso en, una acción civil, penal o administrativo, o para información que recibimos en la confianza de alguien que no sea un proveedor de atención médica.

Autorización para el uso y / o divulgación de información de salud protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
dirección: _____
Ciudad / Estado / Código Postal _____

Por la presente autorizo a Bakersfield Neurociencia & Spine Institute para liberar la información a:

Nombre del Proveedor / Organización
/Persona: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Autorizo Bakersfield Neurociencia & Spine Institute para obtener información de:

Nombre del Proveedor / Organización /
Persona: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Propósito de la Solicitud de Información:

Cobertura Insurance Healthcare Personal Other (especifique a continuación)

Otros: _____

Información que debe de lanzamiento:

1 () All mi información médica pertinente a cualquier historial médico, la condición física y el tratamiento recibido. _____ iniciales

() Dates de Tratamiento _____

() Types de Tratamiento _____

() Operativos Reports () (Informes) Radiología () Visitas al consultorio

() Otros: _____

Otro acceso:

Inspección. Por favor, hágamelo saber cuando yo también vaya a inspeccionar los registros, y la importe de la tasa, en su caso. Entiendo que un empleado de esta práctica médica puede estar presente y que yo no haga ninguna marca o alterar los registros de cualquier manera.

CARGOS

Inspección. Entiendo que puede cobrarme por los costos administrativos razonables incurridos para hacer que los registros estén disponibles para la inspección a una tarifa de [\$ 6.00] por cuarto de hora y es posible que deba pagar estos costos antes de que pueda inspeccionar los registros.

Copias o transferencia. Entiendo que puede cobrarme un cargo razonable de hasta veinticinco centavos (\$ 0.25) por página, o cincuenta centavos (\$ 0.50) por página para copias de microfilm, más cualquier costo administrativo adicional y tarifa de recuperación incurridos para hacer los registros disponible.

___ Por la presente acepto pagar los cargos especificados anteriormente. Por favor facturame

___ Por favor, llámeme para informarme cuánto costarán estas copias.

___ Cuota de recuperación de \$ 30.00.* (A pagar en el momento de la solicitud)

___ * Si la tabla es anterior a 2012, se cobrará una tarifa de recuperación de \$ 40.00

___ Solicito que se proporcionen estos registros sin cargo para apelar la denegación de elegibilidad para los beneficios de Medi-cal, SSDI o SSI / SSP. Una copia del programa.

Se adjunta aviso de denegación. Solicité estos beneficios el (fecha).

Firmado: _____

Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____

Teléfono: _____

Si no firmado por el paciente, indique: Relación:

___ Padre o tutor del paciente menor de edad

___ Tutor o curador de un paciente incompetente

___ Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del paciente: _____

NOTA: TODAS LAS ÁREAS resaltados deben completarse. CUALQUIER INFORMACIÓN incompleta puede demorar el tiempo de respuesta sus peticiones