



BROWN MEDICINE
BROWN PHYSICIANS, INC.

Por favor complete este formulario en su totalidad

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento
Dirección:	
Ciudad / Estado / Código postal:	

Por la presente autorizo mi historial médico y toda la información de salud incluyendo el abuso de alcohol y / o drogas, pruebas de VIH, salud del comportamiento, pruebas genéticas, abuso sexual y / o doméstico y enfermedad venérea a ser:

LIBERADO A:

OBTENIDO DE:

Nombre:	Nombre:		
Dirección:	Dirección:		
Ciudad / Estado / Código postal:	Ciudad / Estado / Código postal:		
Teléfono:	Teléfono:		
Fax:	Fax:		
Información a ser liberada:	<input type="checkbox"/> El tratamiento data de _____ hasta _____ <input type="checkbox"/> Otro:		
Con qué propósito?	<input type="checkbox"/> Transferencia de Brown Medicine <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Legal
Entrega de registros médicos:	<input type="checkbox"/> US correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> El paciente recogerá: 110 Elm St. Providence, RI 02903	

Por favor revise y complete el reverso de este formulario para los cargos.

La información médica está protegida bajo la Ley Federal y la Ley General 5_37.3 de Rhode Island y, salvo lo dispuesto por la ley, no puede divulgarse sin el consentimiento por escrito. La información liberada con la autorización no será dada, vendida, transferida, o de cualquier manera retransmitida a cualquier otra persona no especificada arriba.

Esta AUTORIZACIÓN expirará un (1) año a partir de la fecha firmada y podrá ser retirada en cualquier momento futuro y estará sujeta a revocación con notificación por escrito a la Brown Medicine.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Firma del Padre / Tutor Legal
(Si paciente bajo 18)

Fecha

*** Todas las preguntas y solicitudes especiales pueden dirigirse a: Brown Medicine 110 Elm St. Providence, RI 02903; phone (401) 443-4981. Fax: (401) 383-7090. Email: Med.HIM@brownphysicians.org**

La información divulgada puede ser re-divulgada por la institución receptora o individuo a otras personas u organizaciones que no están sujetas a las leyes de protección de la privacidad. UM no condicionará el tratamiento en el pago de la provisión de esta autorización.



BROWN MEDICINE
BROWN PHYSICIANS, INC.

Formulario de aprobación de la tarifa de reproducción del registro del paciente

Los registros médicos y facturas médicas pueden ser solicitados por el paciente y / o el representante personal del paciente. Todas las solicitudes de registros médicos se realizarán por escrito a través de un formulario de autorización debidamente autorizado para la divulgación de información de registros médicos. El reembolso al médico por proporcionar una copia de los registros médicos de formato electrónico a papel será una tarifa fija de \$ 15.00 por registro, basado en un costo promedio por cálculo de registro. La tarifa para la transmisión de registros en formato electrónico, si es posible, será una tarifa fija de \$ 6.50 por registro. Se puede cobrar un cargo por manejo especial de \$ 20.00 adicionales si los registros deben entregarse al paciente o al representante autorizado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la solicitud.

Los honorarios por proporcionar copias a abogados y / o terceros autorizados están de acuerdo con el Código de Regulaciones de RI R5-37-MD / DO: Reglas y Regulaciones Pertinentes a la Licencia y Disciplina de Médicos 11.2 (d)

El proveedor de atención médica se asegurará de que las copias se transmitan (se envíen por correo) dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud válida por escrito. Se permiten 30 días adicionales según los reglamentos federales si se proporciona una explicación sobre el motivo del retraso.

Fee Schedule (*marque todas las selecciones que apliquen*)

El objetivo de Brown Medicine es proporcionar a nuestros pacientes diversas opciones según el nivel de necesidad. En base a ese principio, revise el siguiente cronograma de tarifas:

- Copias en papel del registro: tarifa fija de \$ 15.00 por registro.
- Expediciones aceleradas: hay una tarifa especial de manejo de \$ 20.00 para los registros requeridos en menos de 48 horas.

En algunos casos, este tiempo de respuesta puede no ser factible.

Por favor indique la (s) selección (es) arriba y remita el pago con el formulario completado a:

Brown Medicine 110 Elm St. Providence, RI 02903.

ATTN: Medical Records.

Tenga en cuenta que aceptamos cheques, VISA, MasterCard y American Express.

Padre o tutor si el paciente es menor de edad:	
Paciente Nombre impreso:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
Ciudad / Estado / Código postal:	Firma del Paciente:
Dirección de correo electrónico para copias electrónicas:	
<input type="checkbox"/> Mi tarjeta de crédito	
<input type="checkbox"/> Tipo / número de tarjeta: Fecha de caducidad:	
<input type="checkbox"/> Verificar adjunto (A nombre de Brown Medicine)	