



Instrucciones para obtener copias de Expedientes médicos

Gracias por permitir al Grupo médico de Facey la oportunidad de ser su grupo médico. Por favor lea las preguntas y las instrucciones siguientes para recibir su expediente médico.

La ley de California (AB610) permite al grupo médico 15 días a partir de la fecha a que se recibe su autorización, de procesar las copias de su expediente médico. El tiempo de vuelta de Facey es cerca de 15 días laboral dependiendo de la localización de su expediente médico.

El número creciente de los estatutos federales y del estado de seguridad de su expediente personal de la salud ha hecho estas preguntas necesarias para asegurar las copias de su expediente médico. En el paquete médico de la solicitud para pedir copias de sus expediente médico. Le hemos proporcionado instrucciones en como llenar las formas para procesar su expediente. Por favor llene y someta el material siguiente.

- Consentimiento de la forma médica para autorización
- Cuota a pagar (\$15.00 adelantado)

Observe por favor el siguiente:

- No aceptamos dinero en efectivo. Orden de dinero o la tarjeta de crédito es pago aceptable.
- Si su forma de autorización le falta información o esta incompleta puede retrasar las copias de su expediente.
- Usted puede visitar personalmente al departamento de información en la dirección indicada abajo o envía el paquete a una de nuestras localizaciones convenientes de la clínica de Facey.

Facey Medical Group
Release of Information
11211 Sepúlveda Blvd.
Mission Hills, CA 91345-1196

Estamos aquí para asistirle y contestar cualquier pregunta que usted pueda tener sobre la información.

Si usted tiene preguntas sobre el estado de su expediente después de someter la información, llame por favor a nuestro centro de servicio paciente a 1 (800) 560-3800. Gracias

DO NOT SCAN



EMRN:

HCL:

Autorización Para Obtener Expediente Médicos

<input type="checkbox"/> Mission Hills (Central ROI)	11211 Sepulveda Blvd. Suite 120, Mission Hills, CA 91345	(818) 365-9531
<input type="checkbox"/> Behavioral Medicine	11165 Sepulveda Blvd., Mission Hills, CA 91345	(818) 837-5780
<input type="checkbox"/> Canyon Country	17909 Soledad Canyon Road, Canyon Country, CA 91387	(661) 250-5200
<input type="checkbox"/> Clinical Research	11165 Sepulveda Blvd., Mission Hills, CA 91345	(818) 837-5534
<input type="checkbox"/> Copper Hill	27924 Seco Canyon Road, Ste. 101 Santa Clarita, CA 91350	(661) 513-2100
<input type="checkbox"/> Northridge	18460 Roscoe Blvd., Northridge, CA 91324	(818) 734-3600
<input type="checkbox"/> Porter Ranch Plaza	19950 Rinaldi St., Northridge, CA 91326	(818) 837-5715
<input type="checkbox"/> San Gabriel	207 S. Santa Anita St. San Gabriel, Ca. 91775	(626) 576-0800
<input type="checkbox"/> Simi Valley	2655 First Street Suite 325, Simi Valley, Ca. 93065	(805) 206-2000
<input type="checkbox"/> Valencia I	26357 McBean Pkwy., Valencia, CA 91355	(661) 222-2600
<input type="checkbox"/> Valencia II	25775 McBean Pkwy., Valencia, CA 91355	(661) 222-2600
<input type="checkbox"/> Valencia III	23929 McBean Pkwy., Suite #200, Valencia, CA 91355	(661) 222-2600
<input type="checkbox"/> Women's Center	11165 Sepulveda Blvd., Mission Hills, CA 91345	(818) 837-5770

Tipo de acceso solicitado: (Marque su selección)

Copia de Papel Copia transmitido en CD Inspección de expediente (por cita solamente)

Solicito el acceso como Paciente Padre/guarda Energía del abogado médica *(Prueba de legal se requiere la documentación)*

Nombre del Paciente (*imprima claramente*) AKA Fecha de Nacimiento
()

Dirección Ciudad, Estado y Código Postal Número de Teléfono

Por favor **ENVÍE** información médica **A:**
recibir la información (*Si igual que arriba*)

Por favor **PETICIÓN** información médica **DE:**

Nombre de la persona o de la entidad para

Nombre de la oficina/del abastecedor médicos

Dirección de la calle

Dirección de la calle

Ciudad, Estado y Código Postal

Ciudad, Estado y Código Postal

Numero de Teléfono

Número de Teléfono

Duración del la forma: Esta autorización expirará 12 meses a partir de la fecha firmada.

Proceso de la revocación: Entiendo que puedo rechazar firmar o puedo revocar (en cualquier momento esta autorización por cualquier razón y que tal denegación o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en el grupo médico de Facey.

EMRN:

Derecho a Copia: Tengo el derecho de recibir una copia de la autorización después de que la firme.

Declaración del Re-Acceso: Entiendo que una vez que el grupo médico de Facey divulgue mi información de la salud al recipiente, el grupo médico de Facey no puede garantizar que el recipiente no re-divulgue mi información de la salud a terceros. Los terceros no se pueden requerir habitar por esta autorización o ley aplicable que gobierna el uso y el acceso de mi información de la salud.

ESPECIFIQUE LOS EXPEDIENTES (Marque la caja y firme con iniciales qué tipo de información debe ser obtenido)

Toda la información médica general (_____ a _____). Los expedientes médicos generales pueden incluir la información de la diagnosis y/o el tratamiento de la infección humana del virus de la inmunodeficiencia (VIH) y de enfermedades sexual transmitidas. Esto también incluye la información y el tratamiento de la enfermedad mental y el uso de alcohol, drogas y del tabaco, pero excluye notas de la psicoterapia.

Información de la lesión o del tratamiento (_____ a _____)

Radiografía específica del (_____ a _____) Informes Filma (\$18.00 por diapositiva)

Resultados del laboratorio (_____ a _____)

Salud Mental solamente (_____ a _____)

(Sesiones de la Psicoterapia)

_____ Firma de Paciente o del representante

Solamente Vacunas

Otro (especifique): _____

E leído y entiendo que los términos de esta autorización me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y del acceso de mi información de la salud. Por mi firma abajo, por este medio, con conocimiento y voluntariamente, autorizo al grupo médico

Fecha Firma de Paciente o del representante Indique la relación *(si no esta Firmado por el paciente)*

Envió por correo Recoger personalmente Recoger a Otra locacion de Facey _____

Yo le doy permiso a _____ recoger *(Ocupamos verificación de identificación)*

SOL PARA EL USO DE LA OFICINA MEDICA	
Request processed by: _____ / _____	Date: _____
<i>Approved by(Please print and sign)</i>	
If denied state reason why: _____	Date: _____
<i>Denied by (Please print and sign)</i>	
Incoming Records Name of Provider: _____	Date: _____
Reviewed by MD/Practitioner: _____	



Forma de Pago Expediente Medico

CÓDIGO CIVIL 123110 DEL CA: Paciente de California de acceso los expedientes de la salud. Inspección y copiado; Además cualquier representante al paciente o del paciente será dado el derecho de copias de todos o cualquier porción de los pacientes registros que él o ella tiene derecho a examinar, sobre la presentación de una petición escrita del cuidado médico que especifica los expedientes que se copiarán, junto con un honorario para pagar el costo de copiado, que no se excederá (\$.25) por página.

Fecha: _____ Numero Médico: _____
Nombre del paciente: Numero de contacto de día _____

Método de pago _____ (será determinado por el Paciente) NO ACCEPTAMOS DIENRO ENEFECTIVO

- Cheque (pagadero a: Bactes) Orden de dinero Tarjeta de crédito (métrica del bujía, Visa, Amex)
- Número de la tarjeta de crédito _____
- Fecha de vencimiento _____ Código de seguridad de 3 dígitos _____
- Nombre _____ en la tarjeta de crédito
- Firma del _____ sostenedor de la tarjeta de crédito
- Dirección del paciente en la facturación _____

Proceso de reproducción del expediente médicos (15 días)

1 – 60 paginas = \$15.00 (en la fecha de la petición)
61 + pagina = \$0.25 por pagina

Para el uso de la oficina solamente

Total Page Count _____ less 60 pages = _____ remaining pages.
Remaining pages of _____ @ \$0.25 per page = Total amount due: \$ _____
Date patient notified of charges: _____ Total pages copied: _____ Date Picked Up: _____