

## **INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR REGISTROS MÉDICOS**

**North Country HealthCare ha conservado un servicio profesional para manejar la duplicación y transferencia de registros médicos. La empresa que realiza estos servicios es:**

**RRS Medical  
600 North Jackson Street, Suite 104  
Media, PA 19063  
Phone: 928-222-4513 Fax: 928-492-1195  
NorthCountry@rrsmedical.com**

**Para agilizar todas las solicitudes de información del paciente, siga el siguiente proceso:**

1. Firmar, fechar y completar completamente la autorización de información de registro médico que se le proporciona. Incluya su número de teléfono y dirección completa en su solicitud en caso de cualquier pregunta con respecto a la liberación de sus registros.
2. Envíe su autorización de registro médico firmada y completa a la dirección anterior, envíela por correo electrónico a NorthCountry@rrsmedical.com o envíela por fax al 928-492-1195.
3. Puede haber un cargo por la transferencia de su información. Utilice la siguiente cuadrícula para determinar la cantidad correcta:

<b>Marque uno</b>	<b>¿Transferir a quién?</b>	<b>Tipo de registro</b>	<b>Cargo</b>
<input type="checkbox"/>	Médico	Gráfico	sin cargo
<input type="checkbox"/>	Paciente	Gráfico con entrega electrónica	sin cargo
<input type="checkbox"/>	Paciente	Gráfico con entrega de papel	\$6.50 + envío

4. Los registros se entregarán a través de la entrega electrónica a menos que se indique lo contrario en la Autorización de Divulgación de Información del Registro Médico.

### **LOS REGISTROS ESTÁN DISPONIBLES A TRAVÉS DE UNA ENTREGA ELECTRÓNICA SEGURA**

**Por favor, indique claramente su correo electrónico a continuación.  
Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con RRS al 928-222-4513**

Para que su solicitud sea procesada, rellene todos los campos del formulario de liberación.  
Su solicitud puede retrasarse si RRS no puede determinar:

- **Quién es usted – Su nombre, fecha de nacimiento y dirección**
- **Qué registros deben enviarse: fechas específicas de servicio o partes del cuerpo examinadas**
- **Dónde desea que se envíen los registros: dirección completa de dónde se entregarán los registros, además de un número de fax si desea que se envíen por fax**
- **Su firma y cuando firmó la Autorización de Información del Registro Médico – Usted debe firmar y fechar el formulario para que sea válido**

Su solicitud se completará dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la solicitud.  
Si solo solicita la parte electrónica de su carta, puede recibir su información más rápido.

**Si tiene alguna pregunta sobre el proceso o sobre cómo completar el formulario, póngase en contacto con RRS.  
Hay recursos adicionales disponibles.**

**RRS Medical  
600 North Jackson Street, Suite 104  
Media, PA 19063  
Phone: 928-222-4513 Fax: 928-492-1195  
NorthCountry@rrsmedical.com**

# Comunicado de registro médico de la autorización de información

**Asegúrese de completar todos los campos para que pueda ser contactado con cualquier problema que pueda surgir. El hecho de no proporcionar ninguno de estos campos dará lugar a retrasos en la entrega de la información médica.**

Quién

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: (último 4) \_\_\_\_\_

Nombres de AKA o Maiden: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dónde

**Doctor le gustaría obtener información de**

**Donde desea que se envíe información** *Por favor, indique todos los campos. Los archivos más grandes no se pueden enviar por fax, y RRS necesitará una dirección postal completa*

Nombre del médico o de la instalación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Posta: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Propio

Nombre del médico o de la instalación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Qué

**Para recibir el servicio más rápido, especifique la información que se solicita. Los archivos más grandes tardarán más en procesarse y entregarse. La reducción de las solicitudes al mínimo necesario permite a RRS proporcionar los tiempos de respuesta más rápidos.**

Fechas de servicio: - De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Información específica: \_\_\_\_\_

**Los registros se entregarán a través de la entrega electrónica a menos que se indique lo contrario. Entrega en papel: \_\_\_\_\_ Sí**

Por Qué

**Propósito de divulgación - Seleccione uno:**

- Referencia al Especialista  Seguro  Trabajador's Comp  Investigación Legal  
 Determinación/Reclamación de  Personal  Transferencia de Cuidado  2a Opinión  Otros

Requisitos Legales

Debe estar de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los siguientes. Tenga en cuenta que no estar de acuerdo con cualquiera de los siguientes lugares puede resultar en partes de su expediente médico que se retiene de la respuesta

A menos que se revoque lo contrario, esta autorización expirará seis meses a partir de la fecha a partir de la cual fue firmada originalmente o en la siguiente fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mi evaluación, diagnóstico y/o tratamiento relacionado con las condiciones enumeradas a continuación pueden ser liberados al solicitante identificado anteriormente para el siguiente tipo de registros a menos que se indique lo contrario.

De acuerdo \_\_\_ No estar de acuerdo \_\_\_ N/A \_\_\_ SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) Infección

De acuerdo \_\_\_ No estar de acuerdo \_\_\_ N/A \_\_\_ Atención psiquiátrica y/o evaluación psicológica

De acuerdo \_\_\_ No estar de acuerdo \_\_\_ N/A \_\_\_ Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas.

De acuerdo \_\_\_ No estar de acuerdo \_\_\_ N/A \_\_\_ Tratamiento de salud mental

**No completar esta sección implicará automáticamente una declinación de lo anterior**

Firma

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi revocación debe ser por escrito y dirigida al oficial de privacidad de la instalación mencionada anteriormente autorizada para hacer esta divulgación. Entiendo que la revocación no se aplica a la información ya publicada en respuesta a esta autorización.

Entiendo que cualquier divulgación de información puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal. Entiendo que no necesito firmar esta autorización para asegurar un tratamiento continuo. Entiendo que puedo inspeccionar y/o copiar la información que se divulgará. Entiendo que autorizar esta divulgación es voluntario. Entiendo que si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el oficial de privacidad en las instalaciones mencionadas anteriormente que está autorizado a divulgar esta información y solicitar una copia de esta autorización.

Entiendo que puede haber una tarifa por este servicio.

**Las solicitudes no se pueden procesar sin la autorización adecuada. Los menores deben tener una firma de padre/tutor. Las personas que soliciten registros de pacientes fallecidos o adultos deben proporcionar el Poder Judicial requerido u otros documentos legales de apoyo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha