

(Place MR Label Here)
MR#:
Patient's Name:
Patient's Date of Birth:



Autorización de Divulgar Información de UAMS por Solicitud del Paciente

1. Yo, _____, por medio de la presente, solicito información de:
(Paciente o representante legal del paciente))

Nombre del paciente _____ No. de expediente médico. (si lo sabe) _____

Fecha de nacimiento y/o No. de seguro social _____ Teléfono del paciente _____

2. Por medio de la presente, indico a UAMS a divulgar la información solicitada a::

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección completa _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico _____

3. Por favor seleccione el formato (papel o electrónico) que desea que UAMS utilice para proveer la información y el método para entregar la información (por ejemplo, correo electrónico, correo o usted recogerá los documentos de UAMS).

Formato: Copia de papel Copia electrónica

Método de entrega:

- Yo lo recogeré en UAMS
- Envíe por correo electrónico a la dirección escrita anteriormente
- Envíe por correo a la dirección escrita anteriormente
- Otro (por favor especifique, por ejemplo memoria flash sin codificar, CD)

Advertencia y Asunción de Riesgo: VAMS no garantiza que la información enviada por correo electrónico sea segura y codificada. Existen riesgos de seguridad asociados con enviar información por correo electrónico de forma no segura y codificada, que incluyen pero no se limitan a personas o entidades no autorizadas accediendo o utilizando la información. Al solicitar que UAMS envíe la información por correo electrónico reconozco que me han advertido de y acepto tales riesgos. UAMS no garantiza que la información almacenada en una memoria flash memoria/usb sin codificar sea segura o esté protegida. Hay riesgos de seguridad asociados con mantener información en una memoria flash/usb sin codificar, incluyendo pero no limitado a que una persona o entidad no autorizada acceda o utilice la información. Al solicitar que UAMS la entregue en una memoria flash/usb sin codificar, reconozco que se me ha advertido acerca de y acepto tales riesgos.



(Place MR Label Here)
MR#:
Patient's Name:
Patient's Date of Birth:



Autorización de Divulgar Información de UAMS por Solicitud del Paciente (continuación)

4. La información debe limitarse a las siguientes **Fechas de Tratamiento** (si se aplica):

5. Información solicitada para ser accedida o divulgada:

Abstracto Reporte Operatorio Expediente de la Sala de Emergencias Historial y Examen físico

Resumen del alta Expediente Clínico Notas del Medico del Progreso del Paciente

Notas del/la Enfermero/a del Progreso del Paciente

Otro _____

Registros de otros proveedores en archivo con UAMS (si es que los hay) (*Debemos imponer nuestras tarifas estándar como si declara a continuación. UAMS no representa que estos registros sean los registros completos de los otros proveedores. Si usted quiere una copia completa de los registros creados por los otros proveedores para este paciente, usted puede contactar a cada proveedor*)

Entiendo que si es que los registros solicitados para ser divulgados incluyen fotografías, videos u otros imágenes y/o información relacionada a **enfermedades venéreas, SIDA o VIH, abuso de drogas o alcohol o información sobre la salud mental**, incluyendo expedientes del Instituto de Investigación de Psiquiatría de UAMS, esta información puede ser divulgada conforme a esta solicitud.

6. _____ Expedientes de Facturación. Para expedientes de facturación, por favor llame al Servicio al Cliente en la Oficina de Facturación de UAMS al (501) 614-2160 o al 1-800-422-3963.

7. Reconozco que he recibido una copia de las tarifas de pagos y estoy de acuerdo en pagar los costos de copias, incluyendo otros costos permisibles por ley, tales como el costo de cualquier suministro, labor de copiar, gastos de envío y otros gasto generados por UAMS para proveer las copias solicitadas.

Firma del Paciente o Representante Legal _____ Fecha/Hora _____

Si es el Representante Legal, autoridad del Representante Legal _____
(Tal como padre de un menor de edad, tutor legal, albacea, apoderado, o apoderado de salud)

UAMS Release of Information
4301 W Markham Street, Slot 524
Little Rock, AR 72205
Phone: 501-603-1520
Fax: 501-686-8361
Email: records@uams.edu



(Place MR Label Here)
 MR#:
 Patient's Name:
 Patient's Date of Birth:



Información Sobre Su Solicitud de Registro Médico

Estimado paciente,

Esta instalación medica se ha asociado con CIOX Health, el proveedor de servicios de información médica más grande del país Para procesar y cumplir su solicitud de las copia de su registro médico.

Un representante de servicios al cliente de CIOX Health capturará digitalmente su información de salud protegida del registro médico de la facilidad por medio de nuestra plataforma tecnológica confidencial y segura. Su información de registro médico se transmite digitalmente a nuestro Centro de Procesamiento de Descarga de Información, donde se lo está empaquetado y entregado por correo o enviado electrónicamente a usted a través de nuestra funcionalidad de eDelivery, todo en una forma que se adhiere a las leyes de HIPAA.

Debido a los pasos estrictos de procedimientos y altamente regulados involucrados en este proceso, conocido como el proceso de descarga de información, existen costos asociados y, por lo tanto, se cobra una cuota por este servicio. La cuota cobrada se detalla a continuación:

Formato Original de Registro del Paciente	Producido/Forma Solicitado y Cuota	
	Costo de la entrega en formato electrónico (CD / USB / descarga o portal):	Costo por registro entregado en papel
Electrónico o Híbrido (parte electrónica y parte papel)	<ul style="list-style-type: none"> Tariffa plana de \$ 6.50 por porción electrónica Además, si corresponde, \$ 0.07 por página para CIOX Health's costo de labor para crear y entregar el porción del registro mantenido en papel más los impuestos según corresponda 	<ul style="list-style-type: none"> \$ 0.07 por página para CIOX Health's costo de labor para crear y entregar el porción del registro mantenido en papel Además, si corresponde, el costo más menor bajo la tasas regulado por estado de pacientes o \$ 0.90 para el costo laboral promedio de CIOX Health a crear y entregar la porción de registro mantenido electrónicamente Más \$ 0.05 por página para suministros (papel y tóner) Además, cosoto de franqueo real si se envía por correo más los impuestos según corresponda
Papel	<ul style="list-style-type: none"> \$ 0.07 por página para CIOX Health's costo de labor para crear y entregar el porción del registro mantenido en papel Además, cosoto de franqueo real si se envía por correo más los impuestos según corresponda 	<ul style="list-style-type: none"> \$ 0.07 por página para CIOX Health's costo de labor para crear y entregar el porción del registro mantenido en papel Más \$ 0.05 por página para suministros (papel y tóner) Además, cosoto de franqueo real si se envía por correo más los impuestos según corresponda

Mientras que CIOX Health está bajo un contrato con esta instalacion medica para proporcionarse servicios de descago de información. También nos comprometemos a proporcionarle con su registro médico solicitado de manera eficiente y altamente segura. Queremos asegurarnos de que usted comprenda el proceso en la cuáles su registro medical está entregado y los costos asociados en obtenerlos.

No dude en comunicarse con nosotros al 800.367.1500 si tiene alguna pregunta sobre los servicios que CIOX Health proporciona en nombre de la instalacion medica, o sobre la factura que podria recibir como resultado de su solicitud de registros médicos.

Gracias,
 CIOX Health

La cuota debe remitirse a CIOX Health tal como se indica en la factura que recibe. Los pagos pueden ser aceptados en las siguientes formas:



Los cheques también son aceptables y deben ser pagaderos a CIOX Health. Los pacientes también pueden pagar sus facturas en línea en www.paycioxhealth.com.

