

## Proceso de Divulgación y Carta de Pago

Paciente:

Como paciente, usted tiene el derecho a copias de su expediente médico. En adición, el expediente médico son documentos legales que deben ser mantenidas por The San Antonio Orthopaedic Group. Para asegurar que estamos haciendo todo lo posible para cumplir con las reglas de HIPAA y proteger la privacidad de nuestros pacientes, nos hemos asociado con BACTES, un lanzamiento nacional del proveedor de información, para ayudarnos con este proceso.

Bajo la ley federal, BACTES está permitido a recuperar ciertos costos relacionados con la realización de copias de su expediente médico a su disposición. El precio que cobramos incluye el costo para la mano de obra, materiales y gastos de envío como se define por HIPAA y puesto de relieve por la regla final Omnibus. Como se almacena y se entregó el expediente son factores variables que afectan el cobro.

Para reducir al mínimo precio, le recomendamos que limite solicitud a solo los expedientes médico que realmente necesitas (Tenga en cuenta que en el autorización adjunta, hay una opción para seleccionar un extracto 2 años con 5 años de laboratorios, radiología y diagnóstico). Para muchos pacientes, esta opción es suficiente para sus propósitos y mantiene más baja el cobro.

Por favor llene la autorización adjunta por completo y enviar por fax o correo.

The San Antonio Orthopaedic Group  
400 Concord Plaza Dr.  
San Antonio, TX 78216  
FAX: 210-678-4136

Proceso de control de calidad BACTES hace extender el tiempo de respuesta para su solicitud para ser cumplida. Sin embargo, se puede esperar que una factura se enviara por correo a la dirección en su solicitud dentro de 5-7 días laborales. Información de facturación puede ser revisada por los servicios de clientes debajo. Este cobro puede ser enviado por cheque o tarjeta de crédito.

**Comprobar estado 5-7 dias de laborales  
Despues el sumision de solicitud:**

<https://recordstatus.sharecare.com/>

**Pagar por Telephone:**

(800) 560-3800  
Oprima #2 por servicios de clientes y pregunte por traductor

**Pagar online:**

<http://www.bactes.com/>  
Oprima "Pay Online" – Arriba izquierda esquina  
Llene el informacion Dentro de las cajas "Email"– "Invoice #" (Numero de caso) – "Balance Due" (pago debedo)

Su solicitud se cumplirá con el pago, por favor llama a BACTES (800) 560-3800 y oprima #2 por los servicios de clientes si necesitas más ayuda. Muchas Gracias de nuevo por su confianza The San Antonio Orthopaedic Group.

**Información del Paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

**Proporcionar Información A**

Por la presente yo Autorizó a The San Antonio Orthopaedic Group a liberar mi expediente médico a:

- Enviar Copias A: \_\_\_\_\_  Discutir información médica con: \_\_\_\_\_

Nombre/Facilidad: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Razon de la petición:  Personal  Continuación de Tratamiento/ Referencia  Aseguranza  Transferencia  Otro (Explique)

Comentarios/Especificaciones de la Autorización \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN:** La publicación de información en virtud de esta autorización puede ser revelada por la institución receptora o individuales a otras personas o organizaciones que no son asunto federal y las leyes de privacidad del sitio. The San Antonio Orthopaedic Group no condicionara a el tramiento a la firma de esta autorización o pago de las tarifas asociadas.

**Información Para ser Liberado**

- Por favor proveer un resumen 2 años ( Incluye 5 años de laboratorios, radiología y diagnóstico)  Por favor, proporcionar sólo los registros siguientes para las fechas indicadas abajo:  
 Por favor proveer mi expediente médico completo para las fechas: Desde \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  Notas de Progreso/Consultas  Laboratorio  
 Reportes de Radiología  Patología  Facturación de Cuenta  Otro (Explique Abajo)  
 Por favor proporcionar mi registro de facturación completo par fechas. Desde \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Comentarios/Especificaciones de la Autorización \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN:** Esta autorización es valida por 180 dias a menos que especifique lo contrario. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento proporcionado una declaración por escrito a el Departamento de Administración de Información de Salud de The San Antonio Orthopaedic Group, excepto en la medida cuando The San Antonio Orthopaedic Group ya ha completado la acción.

**CARGOS POTENCIALES:** Ver la "letra de Explicación de Cuota y Proceso" para obtener mas información acerca de los costos asociados.

**Autorización para liberar información protegida**

**\*Requerido** - Por favor completé las cajas abajo indicando cómo la información protegida debe ser manejado aún cuando las categorías no se apliquen necesariamente a los registros médicos del paciente

*Liberar Records? Marque uno*

YO  SI  NO QUIERO información acerca de mi **Salud Mental** liberados

YO  SI  NO QUIERO información acerca de mis exámenes de **HIV o Información Relacionada**

*Inicial para confirmar sus opciones*



Por favor confirma que has puesto una marca y tus iniciales **TODAS** las categorías de información protegida arriba sin importar si son aplicables o no. Si la forma esta incompleta, o si la información protegida no es liberado, es posible que no podremos cumplir esta petición.

**Firma**

**Fecha**

Firma del Paciente

Fecha

Padre/Firma del Representate Legalmente Reconocido

Fecha

Description y Prueba de Autoridad para Actuar en Nombre de Paciente.

Fecha

**Conoce tus derecho de privacidad**  
 Referete a el **"AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPPA"**

Document Updated  
 7/20/16