

**HCA SHARED SERVICES CENTER  
552 METROPLEX DRIVE  
NASHVILLE, TN 37211**



**HealthPort**

Contratos con **HealthPort** para procesar una solicitud de copias de records médicos. La entrega de información médica del paciente es gobernada bajo los estatutos Federales y del Estado de Tennessee.

**Debe presentar:**

- Una autorización completa (todas las secciones de la autorización deben ser completadas para poder entregar records médicos)

**Lo que se le proveerá sin costo alguno:**

- Records médicos a su doctor para continuar con el tratamiento médico. Información pertinente (y resumida) para el seguimiento de cuidado médico incluyendo reportes transcritos (resumen de dada de alta, historia y examen físico, reportes operativos), reportes radiológicos, resultados de laboratorio y notas clínicas (si aplica). Si usted desea que se le envíe información adicional, por favor especifique en la autorización qué records necesitan ser enviados.
- Sus records médicos de la página 1 a la 5 serán proporcionados a usted sin ningún costo.

Solicitudes por records médicos para ser enviados a terceras personas (abogados, compañía de seguros) sólo pueden ser completadas con una solicitud y autorización directamente por parte de éstos. Si usted desea records médicos con este propósito o para su uso personal, los records le serán enviados por correo y los siguientes costos serán aplicados basado en *Tennessee Code Annotated 68-11-304(a)(2)*. (por su nombre en Inglés). Si usted cree que los records que usted está solicitando pueden exceder cierta cantidad de dinero y le gustaría ser notificado de esto con anticipación, por favor indíquelo en la siguiente área.

**Un cargo de \$.25 por página + Impuesto correspondiente y envío.**

**Favor notificarme si el costo de mis records médicos excede \$\_\_\_\_\_.**

Con la firma de este documento, yo confirmo que estoy enterado del costo de las fotocopias de mis records médicos. Yo me comprometo a pagar el costo cuando reciba mi cuenta de cobro por parte de **HealthPort**.

POR FAVOR ESCRIBA:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\*ROI\*

**ROI**