

Lea toda la información con cuidado.

Información general

MetalQuest, Inc. es el administrador de los Registros de salud de pacientes (registros médicos) para Federation Employment and Guidance Service, Inc. d/b/a Servicios Humanos y de Salud FEGS. Como administrador, MetalQuest mantiene tales registros para FEGS.

Cómo solicitar registros de salud de pacientes

Paciente: Si usted fue un paciente en FEGS, complete en su totalidad el Formulario de autorización de liberación de información (incluido en este documento) para FEGS. Debe incluir una copia de cualquiera de lo siguiente: su ID emitida por el estado, licencia de conducción o certificado de nacimiento.

Representante del cliente: Si usted es un padre (solicita registros para un menor de edad), tutor legal u otro representante autorizado de un paciente, complete en su totalidad el Formulario de autorización de liberación de información (incluido en este documento) para FEGS e incluya una copia de su ID emitida por el estado o la licencia de conducción. Adicionalmente, adjunte todos los documentos aplicables de autoridades para soportar su reclamación de ser un representante de paciente legalmente autorizado. Por ejemplo: Tutela, Albacea de la herencia, poder notarial, certificado de nacimiento, certificado de defunción.

Envíe el formulario completo por correo, fax o correo electrónico, copia de la identificación y cualquier documentación adicional (según se requiera) a:

MetalQuest, Inc.
ATTN: Departamento de divulgación de información FEGS
PO Box 46364
Cincinnati, OH 45246-0364
Fax: 513-242-5059
Correo electrónico: fegs@metalquest.com

Si tiene preguntas sobre cómo completar el formulario, puede ponerse en contacto con MetalQuest al número **513-898-1022** entre las 9:00 AM y 4:00 Pm, zona horaria del este. También puede contactarnos al número de fax o al correo electrónico mencionado anteriormente.

Formulario:

Los Registros de salud de pacientes se pueden divulgar de las siguientes maneras: por correo mediante disco CD/DVD; por correo electrónico mediante enlace cifrado de descarga; por transmisión fax (100 páginas máximo) o por correo mediante copia en papel. Haremos todo lo posible para cumplir con su solicitud.

Proceso de divulgación

Las solicitudes para registros de MetalQuest se procesan mediante los siguientes pasos:

1. La solicitud se recibe mediante el envío de un Formulario de autorización para divulgación de información completo de MetalQuest FEGS. Una vez recibida, la solicitud se revisa para constatar la documentación requerida y su integridad. Si nos es posible cumplir su solicitud, se le notificará sobre las tarifas requeridas para completar la solicitud. Si no nos es posible cumplir su solicitud, se le notificará y se solicitará información o documentación adicional según proceda.
2. Los pagos se pueden realizar mediante cheque o giro postal enviados por correo a: **MetalQuest, Inc, Attn: Departamento de divulgación de información FEGS, PO Box 46364, Cincinnati, OH 45246-0364.**
3. Después de recibir el pago de cualquiera de las tarifas requeridas, se escanearán los registros y se transmitirán mediante el método seleccionado.

Tenga en cuenta que MetalQuest preparará el Registro de salud del paciente por completo a menos que se indique lo contrario en el Formulario de autorización de divulgación de información.

Tarifas

| Descripción | Tarifa |
|--------------------------------------|--|
| Registros de salud del paciente | \$0,75 por página más tarifas postales o de envío. (Por ejemplo: 10 páginas equivalen a \$7.50 más gastos postales; 50 páginas equivalen a \$37,50 más gastos postales; 100 páginas equivalen a \$75,00 más gastos postales; 200 páginas equivalen a \$150,00 más gastos postales) |
| Cargos de manipulación especial | \$50,00 por hora más tarifas postales o de envío. No se aplica la tarifa de \$0,75 por página. (Por ejemplo, si se necesita una revisión página por página del registro para excluir información de la divulgación. Nos pondremos en contacto con usted por adelantado en caso que apliquen estos cargos). |
| Tarifa de certificación de registros | \$50,00 por certificación |

Envío

Todos los registros se enviarán o transmitirán mediante el método solicitado. Bajo ninguna circunstancia MetalQuest aceptará entregas personales de Formularios de autorización de divulgación de información o pagos. Los registros no se pueden recoger personalmente en MetalQuest.

COMPLETE TODOS LOS CAMPOS - ESCRIBA O IMPRIMA CON CLARIDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

| | | | |
|--|--|--|----------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE: (Primer nombre, segundo nombre, apellido) | | FECHA DE NACIMIENTO: (MM/DD/AAAA) | |
| ALIAS / AKA / NOMBRE USADO PARA EL SERVICIO: (Primer nombre, segundo nombre, apellido) | | NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: | |
| DIRECCIÓN: | | NUMERO TELEFÓNICO: | NUMERO DE FAX: |
| | | CORREO ELECTRÓNICO: (No suministre una dirección si no desea que lo contacten por correo electrónico). | |

Mediante del presente documento autorizo a MetalQuest, Inc, administrador de la anterior Federation Employment and Guidance Service, Inc. d/b/a FEGS Health and Human Services, para divulgar y publicar información médica al destinatario mencionado a continuación. He sido paciente de FEGS o soy el Representante lealmente autorizado del paciente. Entiendo que el Administrador ha protegido legalmente la información médica sobre mi o la persona que represento.

INFORMACIÓN DEL DESTINATARIO: (La información se le enviará a la persona listada a continuación).

| | |
|--|--------------------|
| NOMBRE: | |
| NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: (Si procede). | |
| DIRECCIÓN: | NUMERO TELEFONICO: |
| | NUMERO DE FAX: |
| CORREO ELECTRÓNICO: (No suministre una dirección si no desea que lo contacten por correo electrónico). | |

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ: (Marque las casillas y llene los campos aplicables a esta solicitud).

NOTA: MetalQuest buscará automáticamente y divulgará el registro completo de salud del paciente a lo largo de todos los programas FEGS a menos que se especifique lo contrario al completar la información del programa o el rango de fechas a continuación. Si se suministra información del programa, los registros del paciente se limitarán al programa especificado. Si solo desea que se divulguen documentos específicos, complete el Rango de fechas, la Información del programa y otras secciones según aplique y especifique los documentos en Otros.

Tipo de información que se divulgará y publicará:

- Registro completo de salud del paciente (Todos los programas / fechas / documentos).
- Rango de fechas: _____ a _____
- Nombre del Programa
FEGS: _____
- Dirección del Programa
FEGS: _____
- Otro (Especifique): _____

NO INCLUIR: (Si **NO** desea que se divulguen los siguientes tipos de información, indíquelo marcando la casilla apropiada).

- Tratamiento para el alcoholismo y drogadicción.
- Información médica sobre el comportamiento y salud mental
- Información sobre derechos genéticos y reproductivos
- Información sobre enfermedades infecciosas o de transmisión sexual
- Información sobre VIH y SIDA

Indique el método de divulgación preferido a continuación: (Marque una casilla).

- Correo mediante disco CD / DVD
- Correo electrónico mediante enlace cifrado de descarga
- Transmisión por fax (máximo 100 páginas)
- Correo mediante copia en papel

| | |
|--|---|
| <p>Enviar la factura por divulgación de información a: (Marque una casilla).</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente mencionado anteriormente</p> <p><input type="checkbox"/> Destinatario mencionado anteriormente</p> <p><input type="checkbox"/> Otra parte responsable mencionada a continuación</p> <p>Nombre _____ / Organización _____ de Dirección _____ de correspondencia _____</p> <p>Ciudad, _____ Estado, _____ código postal _____ Nombre _____ de _____ contacto Teléfono _____</p> | <p>Razón de la solicitud: (Marque una casilla).</p> <p><input type="checkbox"/> A solicitud de la persona</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> |
|--|---|

Entiendo por completo que la información a divulgar incluye la identidad, diagnóstico e historial de tratamiento mía o del paciente y que puede incluir información relacionada con **ABUSO DE ALCOHOL, DROGAS O SUSTANCIAS, SERVICIOS DE SALUD MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO, PRUEBAS GENÉTICAS, DERECHOS REPRODUCTIVOS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y DE TRANSMISIÓN SEXUAL E INFORMACIÓN SOBRE VIH Y SIDA**, si no marco la casilla adecuada en la sección "NO INCLUIR" de esta autorización. En caso de que la información médica descrita anteriormente incluya cualquiera de estos tipos de información, y que no haya marcado la casilla apropiada, autorizo específicamente la divulgación de tal información a las personas indicadas.

En caso de que yo esté autorizando la divulgación de cualquier información establecida anteriormente, al destinatario se le prohíbe volver a divulgar tal información sin mi autorización a menos que se permita hacerlo en virtud de la ley federal o estatal. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que puedan recibir o usar mi información relacionada con VIH sin autorización. Tengo la posibilidad de contactar a la División de derechos humanos del Estado de Nueva York al número (212) 480-2493 o a la Comisión de derechos humanos de la Ciudad de Nueva York al número (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

Esta autorización vencerá automáticamente 120 días después de la fecha indicada a continuación, o antes a mi elección, en cuyo caso esta Autorización vencerá en _____ (fecha) o _____ (evento). Una fotocopia o facsímil de esta autorización se considerarán válidas a menos que se especifique lo contrario.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción por parte de MetalQuest en consecuencia de esta autorización. Si decido revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito a MetalQuest a la dirección que aparece al final de este documento.

Entiendo que cualquier publicación y divulgación de mi información de salud lleva consigo la posibilidad de redivulgación y es posible que la información no pueda ser protegida por las regulaciones federales sobre privacidad de la información médica si los destinatarios descritos en este formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad de la información.

Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no serán condicionados a mi autorización de esta descripción. Sin embargo, MetalQuest no podrá liberar mis registros, a menos que firme este formulario.

Mediante el presente documento declaro que he leído y entendido las declaraciones anteriores que se aplican a mí. Doy mi consentimiento para la liberación y la divulgación de los registros para los efectos mencionados anteriormente.

Todos los elementos de este formulario se han completado y se ha respondido a mis preguntas sobre este formulario. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

| | |
|---|-----------------------------------|
| <p>FIRMA DEL PACIENTE:</p> <p>(Si el paciente es un menor, de 13 a 18 años y recibió tratamiento de salud mental o tratamiento por abuso de sustancias, entonces tal persona debe firmar esta autorización.)</p> | <p>FECHA: (MM/DD/AAAA)</p> |
|---|-----------------------------------|

| | |
|---|--|
| Firma del padre o representante legalmente autorizado del paciente: | Nombre impreso, dirección y número de teléfono del padre o del representante legalmente autorizado del paciente: |
| Descripción de la autoridad para actuar en nombre del paciente: | Motivo por el cual el paciente no puede firmar: |
| <p>Adjunte todos los documentos de autoridad aplicables para apoyar su reclamación de ser el Representante legalmente autorizado del paciente.</p> <p>Por ejemplo: Tutela, Albacea de la herencia, poder notarial, certificado de nacimiento, certificado de defunción.</p> | |

Envíe el formulario completo por correo, fax o correo electrónico, copia de la identificación y cualquier documentación adicional según se requiera a: **METALQUEST INC, ATTN: DEPARTAMENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FEGS, PO BOX 46364, CINCINNATI, OH 45246-0364.** De manera alternativa, su solicitud se puede enviar por fax al número **513-242-5059** o por correo electrónico a fegs@metalquest.com.