

Estimado paciente,

Por ley Lone Star Circle of Care tiene que conservar sus expedientes médicos y permitirle el acceso a ellos. Para brindarle un mejor servicio a nuestros pacientes, *HealthMark Group* es ahora el socio de *Lone Star Circle of Care* para divulgación de información, y cumplirá todas las solicitudes de copias de expedientes médicos.

Aunque tenemos autorización para cobrar una tarifa razonable basada en los costos para este tipo de servicios, *Lone Star Circle of Care* y *HealthMark Group* están eliminando estas tarifas para todos los pacientes de *Lone Star Circle of Care*. Si desea recibir una copia de sus expedientes médicos, puede hacerlo mediante uno de los siguientes métodos:

- **Acceso digital inmediato a través del Portal del paciente.** Visite el sitio web de *Lone Star Circle of Care* en www.lonestarcares.org y seleccione "Portal del paciente" en la esquina superior derecha. Inicie la sesión en su cuenta y acceda, descargue o imprima sus expedientes en forma inmediata. Si necesita ayuda para acceder a su cuenta, comuníquese con *Lone Star Circle of Care* al 1-877-800-5722. Tenga en cuenta que el portal no contiene su historial médico completo. Por ejemplo, sus notas de visitas, documentos y formularios escaneados, y los expedientes que recibimos de otros proveedores no aparecerán en el sitio. Para obtener una copia completa de su expediente médico, siga las instrucciones siguientes.
- **Solicite copias digitales de su expediente médico COMPLETO.** Visite www.HealthMark-Group.com, seleccione "Requestors" (Solicitantes), inicie su sesión en la herramienta *MedRelease* (nota: si es la primera vez que usa esta herramienta, deberá crear una cuenta). Una vez iniciada la sesión, haga clic en "Submit Request" (Enviar solicitud) para completar la Autorización electrónica conforme a HIPAA. Después de completar el Formulario de autorización electrónica, haga clic en "Authorize Release" (Autorizar divulgación de información) en la parte inferior de la página.
- **Complete un formulario de autorización en papel y envíenoslo por correo, fax o en persona.** El personal de *Lone Star Circle of Care* puede proporcionar una copia de este formulario en cualquiera de sus sucursales. También puede encontrar este formulario en el sitio web de *Lone Star Circle of Care* en www.lonestarcares.com (haga clic en el enlace que se encuentra en la página de inicio que dice "Request Medical Records" (Solicitar archivos médicos)). Puede devolver este formulario en cualquier sucursal de *Lone Star Circle of Care* o enviar su solicitud en una de las siguientes maneras:

Fax: 512-863-3895

Solicitud por correo:

Lone Star Circle of Care
2423 Williams Dr. Suite 107
Georgetown, TX 78626

Los expedientes se divulgarán de acuerdo a las especificaciones indicadas en su Formulario de autorización. Una vez procesado, recibirá una notificación por correo electrónico o por medio del servicio normal de correo estándar (USPS) con instrucciones sobre cómo obtener sus expedientes. *Para agilizar la entrega de sus expedientes, proporcione su dirección de correo electrónico en su autorización.*

Para verificar el estado de una solicitud presentada previamente, comuníquese con *HealthMark Group* directamente por teléfono al 800-659-4035 o por correo electrónico a status@healthmark-group.com.

Gracias por elegir *Lone Star Circle of Care* como su hogar para recibir atención médica.

Autorización para divulgar, usar o liberar información de salud protegida

Este formulario de autorización cumple con HIPAA y con todos los requisitos reglamentarios estatales y federales, incluida la Ley Federal 45 CFR § 164.508.

Individuo / paciente (Nombre e información de la persona cuya información de salud protegida se está divulgando).

Nombre / Otros nombres utilizados anteriormente	Fecha de nacimiento	Últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social
Dirección, ciudad, estado y código postal	Núm. de Teléfono	Dirección de correo electrónico

Autorización (en el espacio a continuación, identifique a la persona u organización que desea que reciba la información)

Yo autorizo a **Lone Star Circle of Care y sus clínicas afiliadas** a que divulguen mi información de salud protegida, ya sea en forma oral, electrónica o escrita, a las personas u organizaciones que se detallan a continuación:

Personas / Organizaciones autorizadas para recibir información	Relación	
Dirección, ciudad, estado y código postal	Núm. de Teléfono	Núm. de Fax

Propósito (s) (Debe marcar al menos una casilla a continuación).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Legal / Necesario para abogado | <input type="checkbox"/> Cambio a un nuevo proveedor de atención primaria / obstetra / ginecólogo / proveedor de atención de la salud del comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Cuidado o tratamiento de seguimiento / referencia especializada | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Mudanza fuera del área | <input type="checkbox"/> Uso personal |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de servicios federales, estatales o locales | <input type="checkbox"/> Estoy haciendo esta solicitud y autorización, pero no quiero declarar el propósito de la divulgación |
| <input type="checkbox"/> Otro - Por favor describa: _____ | |

Descripción de la información que será divulgada

La información de salud protegida o los archivos pueden incluir, pero no limitarse a, información sobre enfermedades contagiosas, VIH, SIDA, información psiquiátrica y psicológica, salud mental o enfermedad mental, pruebas genéticas, dependencia o abuso de sustancias químicas o del alcohol, resultados de pruebas de laboratorio y otra información de salud sensible. **Autorizo la divulgación de la información mencionada anteriormente a menos que se indique lo contrario en las siguientes instrucciones especiales.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Archivo médico completo (incluye resultados de laboratorio e inmunizaciones) | <input type="checkbox"/> Solamente pruebas o resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Fecha(s) específica(s) de los servicios (si no está solicitando la divulgación del cuadro completo): _____ | <input type="checkbox"/> Solamente historia médica / estudios físicos / visitas de rutina |
| <input type="checkbox"/> Solamente vacunación | <input type="checkbox"/> Solamente información de cobros |
| <input type="checkbox"/> <u>No divulgue</u> información de salud mental | <input type="checkbox"/> Otro - Por favor describa: _____ |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones especiales: _____ | |

Firma

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a **Lone Star Circle of Care ("LSCC")**, c / o Privacy Officer a la siguiente dirección: **LSCC, 205 E. University Ave., Suite 200, Georgetown Texas, 78626**. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que LSCC haya tomado en virtud de esta autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito. Entiendo que la información divulgada o compartida de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las normas de privacidad de HIPAA. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que LSCC no puede condicionar mi elegibilidad para recibir beneficios o tratamiento en función de la firma de esta autorización. **Esta autorización caducará un año después de la fecha de la firma a menos que se indique lo contrario.**

Firma del paciente o individuo, o representante legal o personal

Fecha de la firma

Relación o autoridad como representante legal personal (Proporcione la documentación legal correspondiente).