

SOLICITANDO COPIAS DE SU RECORD MEDICO

- Es la ley federal que la copia original del record medico del paciente es la propiedad del hospital. El paciente si tiene derecho a recibir una copia de su record medico.
- El estado de New Jersey Departamento de Regulacion de Salud 8:43G-15.3 indica que el paciente sera cargado a \$1.00 por pagina por las primeras 100 paginas de su record y despues le cobraremos \$.25 centavos por pagina hasta un maximo de \$200 por record.
- No hay carga por mandar su record directamente a un medico por continuacion de cuidado; Siempre en cuando incluya la direccion y el numero de telefono de su doctor en la autorizacion. Si usted quiere que los record sean mandados directamente a su doctor, porfavor de incluir Nombre del doctor, direccion, numero de telefono, numero de fax y la fecha de su nombramiento/cita a la mano derecha de la autorizacion.
- Si usted quiere que su records sean enviados a alguien otro que su doctor, sera cargado por esos records. Porfavor de incluir el nombre de la persona quien los requiere, direccion, y numero de telefono a la mano derecha de la autorizacion. Tenga en mente que puede cojer de 7-14 dias para procesar y enviar su record medico. Cuando su solicitud sea procesado, usted recibira una factura por el correo. Al recibir su pago, los record seran mandado por el correo. Nuestra direccion postal y numero de contacto esta debajo:

**Cooper University Hospital
Health Information Management
1 Cooper Plaza-Room 203
Camden, NJ 08103
Phone: 856-342-2541 – option #1**

Cuando este llenando la autorizacion, acuerdese de las siguientes cosas:

- Escriba toda su informacion con claridad.
- Porfavor Incluya fechas especificas que usted este pidiendo que le copiemos.
- Porfavor incluya la direccion postal a donde le enviaremos su record.
- Debajo de “Descripcion de Informaciones Medicas que esten sujetas a esta Autorizacion” cheque todas las cajas que relacionan a su tratamiento en Cooper.
- Para la autorizacion ser valida, la autorizacion tiene que ser firmada y con fecha de firma.
- Si usted es padre/madre o guardian, porfavor firme como su representante de autorizacion. Incluya el nombre del paciente, direccion, numero de telefono y fecha de nacimiento al lado derecho de la autorizacion.