

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48109-2435 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p style="text-align: center;">AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Spanish) <i>(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</i></p> <p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR COPIAS DE UN HISTORIAL MÉDICO <i>(El paciente solicita que la información sea enviada del UMH)</i></p>	<p style="text-align: right;">For Clinic Use Only:</p> <p><input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please image form to patient record <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed</p> <p>Date Received: _____ Date Processed: _____ Processed By: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
---	---	--

Por favor rellene este formulario completamente para que podamos ayudarle a recibir la información que usted está solicitando.

Please complete this form in its entirety so we can help you receive the information you are requesting.

1. Esta autorización es voluntaria. Entiendo que Michigan Medicine no se basará en la firma de este documento para el tratamiento, pago, inscripción o el cumplimiento de los requisitos para obtener prestaciones. Por favor, vea nuestra tabla de tarifas en la página cuatro.

This authorization is voluntary. I understand that Michigan Medicine will not base treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my signing this document. Please see the fourth page for our fee schedule.

Nombre del paciente Patient Name: _____ Apellido de soltera (mujeres)/Alias Maiden/AKA: _____

Fecha de nacimiento Date of Birth: _____

Dirección Street Address: _____ Número de Historial Médico MRN (opcional optional): _____

Ciudad/Estado/CP: _____ Número de Teléfono: _____
City/State/Zip Telephone #

Dirección de correo electrónico: Email Address: _____

2. A mí mismo: Pido que Michigan Medicine me divulgue mi información médica protegida a **mí mismo/a** a la dirección mencionada anteriormente. **Myself:** I request Michigan Medicine to release my protected health information to **myself** to the address listed above.

Seleccione el método de entrega: Portal del paciente MyUofMHealth.org MyUofMHealth.org Patient Portal
 Electrónicamente (sitio web) **Electronic (web link)**
Select delivery method: **Correo Postal de los Estados Unidos US Mail**

3. Otros: Yo soy el paciente o el representante legalmente autorizado del paciente arriba mencionado, y pido que Michigan Medicine divulgue mi información médica protegida a: **Other:** I am the patient, or the legally authorized representative of the patient listed above and request Michigan Medicine to release my protected health information to:

Individuo/persona* Individual/Person*: _____

Compañía/Organización Company/Organization: _____

Dirección: Street Address: _____

Ciudad/Estado/CP: _____ Teléfono #: _____
City/State/Zip Telephone #

Seleccione el método de entrega Select delivery method:

- Número de Fax** (proveedores de salud - sólo si es urgente health providers - only if urgent): _____
- Correo postal de los Estados Unidos US Mail**
- Entrega certificada al día siguiente (cobro adicional) Certified Overnight Delivery (extra charge)**
- Correo electrónico E-mail _____

4. Propósito de la entrega/divulgación a otra persona/organización: Purpose of release/disclosure to other person/organization:

Razón para la divulgación
Reason for Disclosure

- Continuación de atención/transferencia de atención
Continuation of Care/Transfer of Care
- Abogado/Legal
Attorney/Legal

Parte recomendada del historial (según lo descrito en la Sección 5)
Recommended Record Set (as described in Section 5)

- Paquete 1
Package 1
- Paquete 2 para un período de tiempo determinado
Package 2 for a selected date range

<p style="text-align: center;">MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48109-2435 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p>AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Spanish) <i>(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</i></p> <p>AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR COPIAS DE UN HISTORIAL MÉDICO <i>(El paciente solicita que la información sea enviada del UMH)</i></p>	<p style="text-align: right;">For Clinic Use Only:</p> <p><input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please image form to patient record <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed</p> <p>Date Received: _____ Date Processed: _____ Processed By: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
--	---	---

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Compañía de seguros
Insurance Company
<input type="checkbox"/> Compensación al trabajador Workman’s Compensation
<input type="checkbox"/> Directriz del paciente Patient Directive
<input type="checkbox"/> Otros (especifique) Other (specify): _____ | Paquete 1 para un período de tiempo determinado
Package 1 for a selected date range
Paquete 1 desde el día del incidente Package 1 from date of incident
Tal y como indica el paciente As directed by Patient |
|---|--|

5. Paquete del historial médico a divulgar a las personas indicadas previamente: Utilice el formulario 70-10232 para divulgar información sobre trastornos de alcohol/uso de drogas. Yo solicito que sea divulgada la siguiente información, la cual puede incluir: abuso/tratamiento de alcohol y drogas; asesoramiento psicológico y de asistencia social; VIH, SIDA o CRS; enfermedades contagiosas o infecciones, incluyendo enfermedades de transmisión sexual, enfermedades venéreas, tuberculosis y hepatitis; información genética y demográfica, por motivo y con el propósito a condiciones designadas en este formulario. **Record set to be released to the party indicated above: Use form 70-10232 for release of alcohol / substance use disorder info.** I request the following information be released, which may include: alcohol and drug abuse/treatment; psychological and social work counseling; HIV, AIDS or ARC; communicable disease or infections, including sexually transmitted diseases, venereal disease, tuberculosis and hepatitis; genetic information and demographic information, for the purposes and conditions designated on this form.

Paquetes seleccionados (según lo recomendado en la Sección 4, pueden especificarse más abajo):

Package selections (as recommended in Section 4, more may be specified below):

- Paquete 1: Documentación clínica esencial** escrita (que incluye, según el caso, historial y reconocimientos médicos, resumen del alta, informe quirúrgico, consultas, notas de las visitas ambulatorias, informes sobre pruebas, resultados de análisis de laboratorio, notas de los médicos de la sala de emergencias) relacionada con un incidente específico, lesión o enfermedad ocurrido desde el ___/___/_____ (mm/dd/aaaa) hasta el ___/___/_____ (mm/dd/aaaa). Si no se determinan las fechas, será por los últimos 24 meses.
Package 1: **Key Clinical** Written Documentation (includes, as applicable, history & physical, discharge summary, operative reports, consults, outpatient visit notes, test reports, lab results, ER clinician notes) related to a specific incident, injury or illness from ___/___/_____ (mm/dd/yyyy) to ___/___/_____ (mm/dd/yyyy). If no dates listed, for the past 24 months.
- Paquete 2: Toda la documentación clínica** por escrito desde el ___/___/_____ (mm/dd/aaaa) hasta el ___/___/_____ (mm/dd/aaaa) (incluye, si es pertinente, el contenido del paquete 1 además de las notas de enfermería, organigramas, historial de administración de medicamentos, instrucciones médicas, etc.). **Package 2: All Clinical** Written Documentation from ___/___/_____ (mm/dd/yyyy) to ___/___/_____ (mm/dd/yyyy) (includes, as applicable, Package 1 contents along with nursing notes, flow sheets, medication administration records, physician orders, etc.).
- Otros informes (Por favor, especifique):**
Other Records (Please specify): _____

- Solo proveedores específicos:
Only Specific Providers: _____

Por favor, contacte individualmente con los siguientes departamentos para pedir sus informes (si corresponde):

- *Informes de facturación – Llame al (800) 855-0863
 - *Imágenes en placas de radiología: Llame al (734) 936-4517 Puede conllevar tasas adicionales
 - *Preparaciones de patología: Llame al (800) 862-7284 Puede conllevar tasa adicionales
- Please contact the individual departments below to request their records (as applicable):**
- *Billing Records – Call (855) 855-0863
 - *Radiology Films Images: Call (734) 936-4517 Additional Charges May Apply
 - *Pathology Slides: Call (800) 862-7284 Additional Charges May Apply

6 Esta autorización vence el: _____ (especifique la fecha de vencimiento o el evento).
This authorization expires on: _____ (specify expiration date or event).
Si deja la fecha de vencimiento en blanco, la autorización vencerá 60 días después de la fecha de la firma.

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48109-2435 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p style="text-align: center;">AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Spanish) <i>(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</i></p> <p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR COPIAS DE UN HISTORIAL MÉDICO <i>(El paciente solicita que la información sea enviada del UMH)</i></p>	<p style="text-align: right;">For Clinic Use Only:</p> <p><input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please image form to patient record <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed</p> <p>Date Received: _____ Date Processed: _____ Processed By: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
---	---	--

If the expiration date is left blank, the authorization expires 60 days from the signature date.

7 Revocar (cancelar) la autorización: Yo puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento. Las revocaciones (cancelaciones) **deben hacerse por escrito** y enviarse a Michigan Medicine Revenue Cycle Mid-Service (HIM) Release of Information Unit a la dirección anotada en este formulario. **Las revocaciones (cancelaciones) no se aplicarán a la información que ya haya sido divulgada.** Si esta autorización se obtuvo como condición para proveer cobertura por el seguro, la autorización no afectará a mi compañía de seguros en la medida en que la ley permita a mi compañía aseguradora el derecho a impugnar una reclamación de acuerdo a la póliza o por la póliza misma.

7 Revoking (cancelling) authorization: I may revoke (cancel) this authorization at any time. Revocations (cancellations) **must be made in writing** and sent to the Michigan Medicine Revenue Cycle Mid-Service (HIM) Release of Information Unit at the address listed on this form. Revocations (cancellations) will not apply to information that already has been released. If this authorization was obtained as a condition of providing insurance coverage, the authorization will not apply to my insurance company to the extent the law provides my insurer with the right to contest a claim under the policy, or the policy itself.

8. Nota: Una vez la información sea divulgada, Michigan Medicine no puede protegerla contra divulgación adicional.
Note: Once information has been disclosed, Michigan Medicine can no longer protect it from further disclosure.

9. Pagos: Como se explica más adelante, habrá tarifas para la mayoría de las solicitudes de historiales médicos.

Payment: There will be fees associated with most record requests as outlined below.

Marque si se requiere una tasa para su aprobación Check if Fee Approval Required

Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

(Si el paciente es menor de edad o está incapacitado para firmar)

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign)

Las firmas electrónicas deben incluir la declaración del firmante con el Nombre/Fecha/Hora.

Electronic signatures must include an attestation of the Name/Date/Time the individual signed the form

_____/_____/_____
FECHA (mm/dd/yyyy)

DATE (mm/dd/yyyy)

Nombre en letra de molde del Representante Legalmente Autorizado (si el paciente es un menor de edad o está incapacitado para firmar)

Printed Name of Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign)

Relación con el paciente: Cónyuge Padre/madre Pariente más cercano Tutor Legal
Relationship to Patient: Spouse Parent Next-of-Kin Legal Guardian

Poder notarial para decisiones médicas (adjuntar copia)
DPOA for Healthcare (attach copy)

Información adicional relacionada con su solicitud
Additional Information Regarding Your Request

Solicitud de historial médico para otra persona

Requesting medical records on behalf of another person

Si usted está solicitando el historial médico para alguien que no sea usted, se le puede pedir que entregue documentación adicional para mostrar que usted tiene el derecho legal para pedir dicha información. Ejemplos de esos documentos incluyen cartas de representación, papeles de custodia legal, declaración jurada de heredero legítimo, etc. Por favor comuníquese con la Unidad de Divulgación de Información (*Release of Information Unit*) al (734) 936-5490 para determinar la documentación necesaria para procesar su solicitud.

If you are requesting medical records for someone other than yourself, you may be required to provide additional documentation to show that you have a legal right to request the record set. Examples of these documents include Letters of Representation, Guardianship Papers, Affidavit of Heir at Law, etc. Please contact the Release of Information Unit at (734) 936-5490 to determine the documentation that will be required to process your request.

Solicitar y recibir copias de historiales médicos - No hay servicio en persona:

Submitting requests & receiving record copies - No In-Person Service:

<p>MICHIGAN MEDICINE Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit 3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 – Mid Service Ann Arbor, Michigan 48109-2435 Phone: (734) 936-5490 Fax: (734) 936-8571</p>	<p style="text-align: center;">AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF A MEDICAL RECORD (Spanish) <i>(Patient Requests Information To Be Sent From UMH)</i></p> <p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR COPIAS DE UN HISTORIAL MÉDICO <i>(El paciente solicita que la información sea enviada del UMH)</i></p>	<p style="text-align: right;">For Clinic Use Only:</p> <p><input type="checkbox"/> Records sent from Clinic – please image form to patient record <input type="checkbox"/> Mailed <input type="checkbox"/> Picked Up <input type="checkbox"/> Faxed</p> <p>Date Received: _____ Date Processed: _____ Processed By: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Forwarding Request to ROI for processing</p>
--	---	--

- SOLAMENTE POR CORREO – NO SE ATIENDE EN PERSONA – **Enviar por correo** a Revenue Service Mid-Service (HIM), Release of Information Unit a 3621 S. State, 700 KMS Place, Ann Arbor, MI 48109-2435.
MAIL ONLY – NO WALK-IN SERVICES - to Revenue Service Mid-Service (HIM), Release of Information Unit at 3621 S. State, 700 KMS Place, Ann Arbor, MI 48108-1633.
- Enviar por fax a Revenue Cycle Mid Service (HIM), Release of Information Unit al (734) 936-8571.
Faxed to Revenue Cycle Mid Service (HIM), Release of Information Unit at (734) 936-8571.

El tiempo promedio para procesar solicitudes es de cinco días hábiles además del tiempo de envío. A menos que se pida/escriba de otra forma, el historial médico será enviado por el Correo postal de los Estados Unidos. Los historiales médicos que sean necesarios para emergencias médicas se enviarán por fax directamente a un médico o a la institución médica. Por favor, incluya su número de teléfono en su solicitud por si necesitáramos contactarlo para obtener información adicional. **Si tiene preguntas acerca de la solicitud de copias de historiales médicos, contacte por favor al: Revenue Cycle Mid-Service (HIM) – Release of Information Unit al (734) 936-5490.**

Our average turnaround time for processing requests is five business days plus shipping time. Unless otherwise requested, records will be sent through US Mail. Records needed for medical emergencies will be faxed directly to a physician or medical facility. Please include your phone number on your request, in case we need to contact you for additional information. **For questions regarding requests for medical record copies, please contact: Revenue Cycle Mid-Service (HIM) – Release of Information Unit at (734) 936-5490.**

Las tarifas son autorizadas anualmente por ley (State of Michigan Medical Records Access Act, P.A. 47 of 2004, MCL 333.26269). Siguiendo las regulaciones federales se proporciona la tabla de tarifas adicionales. Algunos historiales médicos solicitados para usos legales, para el seguro médico o personales pueden requerir de un pago por adelantado. Si su solicitud requiere pago por adelantado, se le enviará la tarifa al procesar su solicitud. Los gastos de envío y los impuestos del estado de Michigan correspondientes se añadirán a la tarifa detallada a continuación. Las tarifas por historiales se facturarán de la siguiente manera (además de añadir el costo de envío). La tabla de tarifas actual puede encontrarse en <https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/medical-records>. A partir de abril de 2018 las tarifas por los informes se facturarán de la siguiente manera:

Fees are authorized annually by the State of Michigan Medical Records Access Act, P.A. 47 of 2004, MCL 333.26269. **Additional fee guidance is provided under federal regulations.** Some records requested for legal, insurance, or personal use may require a prepayment. If your request requires pre-payment, a fee notice will be sent to you upon processing of your request. Actual postage and Michigan State tax will be added to the fees outlined below. The current Fee Schedule can be found at <https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/medical-records>. Records fees will be billed as follows as of April 2018:

Pacientes: Patients:

- Portal del paciente MyUofMHealth – Gratuito MyUofMHealth Patient Portal – No fee
- Entrega electrónica de informes electrónicos – Véase la tabla de tarifas Electronic Records Electronic Delivery – See Fee Schedule
- Envío por correo postal en papel de informes electrónicos – Véase la tabla de tarifas Electronic Records to Paper Mailed – See Fee Schedule
- Envío electrónico de informes impresos - Véase la tabla de tarifas Paper Records Electronic Delivery – See Fee Schedule
- Envío por correo postal de informes impresos - Véase la tabla de tarifas Paper Records to Paper Mailed – See Fee Schedule

Abogados y Compañías de Seguro: Attorneys and Insurance Companies:

- Tarifa administrativa acorde a las leyes estatales – Véase la tabla de tarifas Clerical Fee as permitted by State Law – See Fee Schedule
- Tarifa por página – Véase la tabla de tarifas Per Page Fees – See Fee Schedule
- Son aplicables las tarifas actuales de correos Actual Postage Fees as Applicable
- Directrices del paciente - Véase la tabla de tarifas Patient Directives – See Fee Schedule

70-10094	VER A/24 HIM: 11/24	MEDICAL RECORD		HIM ROI AUTHORIZATION
----------	------------------------	----------------	---	-----------------------

¿Cómo puedo obtener copias de mi historial médico en formato electrónico o papel?



VRC (*Vital Records Control*) es el proveedor aprobado para proporcionar copias del historial médico a los pacientes de Michigan Medicine y a sus familias. El correo electrónico con la transmisión del historial médico se enviará desde *Vital Chart*.

¿Cuál es el costo en el año 2024?

Historial médico entregado	Tipo de historial	Costo
MyUofMHealth	Cualquier informe disponible para su entrega por el Portal	Gratuito
Directamente al paciente	Historial electrónico entregado electrónicamente	6,89\$
Directamente al paciente	Historial electrónico u otro tipo de historial entregado en formato de papel	6,89\$ más los costos de envío
Instrucción del paciente de enviar el historial a un familiar	Historial electrónico entregado electrónicamente	6,89\$
Instrucción del paciente de enviar el historial a terceros	Historial electrónico e historial que requiere conversión para ser entregado electrónicamente	Tarifa inicial: 30,60 \$ Más un costo adicional por página para los documentos que haya que convertir (ver a continuación)
Solicitud de historial médico por parte de terceros (abogados, seguros médicos y demás terceros)	Historial electrónico u otro tipo de historial entregado en formato de papel	Tarifa inicial: 30,60 \$
		De la página 1 a la 20: 1,53 \$ por página
		De la página 21 a la 50: 0,77 \$ por página
		De la página 51 en adelante: 0,31 \$ por página

**** Las tarifas no incluyen los gastos de envío ni los impuestos**

Servicios gratuitos:

No hay **ningún costo** por solicitar el historial a través de su cuenta en el Portal del paciente MyUofMHealth (para el historial que se puede entregar a su cuenta en el portal).

No hay **ningún costo** por enviar el historial directamente a su médico para continuar su atención médica.

Fax: (734) 936-8571

Teléfono: (734) 936-5490

Dirección postal, solamente:

Release of Information

3621 S. State 700 KMS Pl

Bay 11 – Mid Service

Ann Arbor, MI 48108-1633

****No se aceptan visitas en persona**