

Estimado Paciente:

Gracias por comunicarse con **Medical Specialists of the Palm Beaches** y el Departamento de registros médico. Para brindarle un mejor servicio con su solicitud de registros médicos, **Medical Specialists of the Palm Beaches** se ha asociado con Sharecare Health Data Services. Sharecare Health Data Services cumplirá con su solicitud de registros de manera segura y oportuna.

Para recibir una copia de sus registros medicos, debería completar y devolver el formulario de autorización adjunto. Asegúrese de incluir instrucciones específicas sobre **qué** registros solicita y adónde solicita que se envíen. También puede elegir cómo le gustaría recibir sus registros medicos.

- Para que los registros se le entreguen directamente a usted, elija **Correo o Correo electrónico**.
(POR FAVOR SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN)
- Para que los registros se entreguen a otro médico, elija **Fax o Correo**.
(POR FAVOR SELECCIONE SOLO UNA OPCIÓN)
- La opción de envío por fax solo se puede utilizar para los registros de visitas a un médico y debe incluir una copia de su licencia de conducir.
- Puede enviar por correo, correo electrónico o fax el formulario de autorización completo a:
 - Medical Specialists of the Palm Beaches, Inc.
7593 W. Boynton Beach Blvd. #220
Boynton Beach. Fl. 33437
 - **Correo electrónico:** mspbmedicalrecords@mspbhealth.com
 - **Fax:** 561-649-7028
- Puede entregar el formulario de autorización al consultorio de su médico y pedirle que lo envíe entre departamentos o por fax si el paciente no puede hacer lo anterior.

Para los registros medicos que se envían a otro proveedor de atención médica

Proporcione la mayor cantidad de información de contacto de su otro médico, incluyendo la dirección, el teléfono y el fax.

Puede ponerse en contacto con un representante de Sharecare Health Data Services en cualquier momento llamando a: **877-570-4335**

Gracias,

Medical Specialists of the Palm Beaches, Inc.



Nombre completo del Paciente: _____ Otros Nombres? _____

Dirección del paciente: _____ Fecha de Nacimiento : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

[illegible]

Nombre: _____ **Atención:** _____
Dirección: _____ **Teléfono:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Correo Postal:** _____ **Faxear #:** _____

De conformidad con HIPAA 45 CFR, 164.524, nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa razonable basada en el costo por producir y enviar las copias. Si desea el historial médico completo, la tarifa aumentará proporcionalmente en función del costo. En ningún momento las tarifas basadas en costos excederán el Estatuto de Florida: (395.3025 (1))

4/2022