

TEXAS REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION RECORDS

In light of recent Texas laws becoming more stringent on the release of sensitive Protected Health Information, ESPECIALLY regarding Reproductive Health, it is of utmost importance for us to maintain Patient Confidentiality against any scammers or data leaks, so we will strictly follow HIPAA & Texas Rules on Inspection and Copying of Records for any patient or third party requesting medical records.

Patients may request access to their Protected Health Information by submitting a request in writing (in person or via email) to Surge Mobile Physical Therapy by using the Texas Request for Access to PHI Form (attached below) to protect all of our patient's sensitive information from any potential PHI hackers.

1. Once the Access Request is received, the office will confirm that all of the prerequisite information has been provided by the patient/guardian, including a HUMAN authentic signature. If the request is incomplete, we will forward the request back to the patient noting any deficiencies.

2. Once the previous step is complete, an invoice will be prepared and sent to patient or any third-party requesting PHI for proper amount of pages and fees to be collected under Texas Law, and these can be paid via phone or check to Surge Mobile Physical Therapy, 7135 N EXPRESSWAY 77/83, SUITE B, OLMITO, TX,78575.

3. Once the payment is received, the information will be sent as requested.

The Patient will allow fifteen (15) days for their request forms to be processed, from the moment the request is received.

Today's Date: _____ Patient Full Name: _____
Last Middle Initial First

Date of Birth: _____

Address: _____
Street City State Zip Code

Permission to call you at the numbers listed below regarding your request (s).

Home Phone #: _____ Mobile Phone #: _____

I am Requesting:

- Access to all records via an **on-site** (in clinic) Supervised Inspection
From Dates _____ To: _____
- Copies of all records in paper form, From Dates _____ To: _____
- Copies of all records in electronic form, From Dates _____ To: _____
 - Preferred Email: _____
- Copies of: _____ From Dates _____ To: _____

***For all Medical Records requested to be sent via email, please be careful of sensitive information being transferred via email, be CLEAR & LEGIBLE.**

As per our Medical Records Release Policy signed at Initial Evaluation, there is a reasonable Texas fee associated with all Medical Records requests; please see the attached fee schedule.

Please indicate the purpose of accessing and/or copying your records.

- Continued care by a specialist or other practitioner
- Insurance claim
- Attorney
- Disability claim
- Other _____

Signature of the Patient or Patient's Authorized Representative Date

Request Received by: _____ Date: _____
Signature of Staff Member

Fee Schedule:

Under Texas rules,

- **Copy of Medical Records Fee:** Patients may obtain a copy of all or a portion of their clinical and billing records and associated documents in paper or electronic media. A copying/duplication fee, including labor costs, will be charged as outlined below:
 - for medical records provided in a **paper format**, healthcare providers **charge \$25 for the first 20 pages and 50 cents for each page thereafter;**
 - for medical records provided in an **electronic format**, health care providers **charge \$25 for 1-500 pages, and \$50 for more than 500 pages.**
- **Supervised Inspection (In Clinic Review) Fee:** **\$25** will be charged for Supervised Inspections **IF** the Supervised Inspection exceeds 1 time a year, **OR** if the inspection exceeds 30 minutes. The office will set an appointment for the patient with the appropriate clinical therapist, who will be present during the inspection. The patient will **NOT** be allowed to remove any documents from the file or make any entries/changes. If the patient has questions about billing information, the appropriate therapist may answer those during the inspection appointment **OR** at a later date if research is required with the billing department.

SPANISH/ESPAÑOL: SOLICITUD DE TEXAS PARA ACCESO A REGISTROS DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

A la luz de las recientes leyes de Texas que se vuelven más estrictas sobre la divulgación de información médica protegida confidencial, ESPECIALMENTE de información de salud reproductiva, es de suma importancia para nosotros mantener la confidencialidad del paciente contra estafadores o fugas de datos, por lo que seguiremos estrictamente las reglas de HIPAA y Texas sobre inspección y copia de registros para cualquier paciente o tercero que solicite registros médicos.

Los pacientes pueden solicitar acceso a su información médica protegida enviando una solicitud por escrito (en persona o por correo electrónico) a Surge Mobile Physical Therapy utilizando el formulario de solicitud de acceso a PHI de Texas (adjunto a continuación) para proteger toda la información confidencial de nuestros pacientes de cualquier posible pirata informático de PHI.

1. Una vez que se reciba la solicitud de acceso, la oficina confirmará que el paciente o tutor haya proporcionado toda la información necesaria, incluida una firma HUMANA auténtica. Si la solicitud está incompleta, la reenviaremos al paciente y le indicaremos las deficiencias.
2. Una vez completado el paso anterior, se preparará una factura y se enviará al paciente o cualquier tercero que solicite PHI por la cantidad adecuada de páginas y tarifas a cobrar según la ley de Texas, y estas se pueden pagar mediante cheque a Surge Mobile Physical Therapy, 7135 N EXPRESSWAY 77/83, SUITE B, OLMITO, TX, 78575
3. En cuanto se reciba el pago, la información se mandará como se solicitó.

El paciente dispondrá de quince (15) días para que se tramite su solicitud, contados a partir del momento en que reciba la misma.

Fecha de hoy: _____ Nombre completo de Paciente: _____
Apellido, Iniciales, Nombre

Fecha de nacimiento: _____

DIRECCIÓN: _____
Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Permiso para llamarlo a los números que aparecen a continuación en relación con su(s) solicitud(es).

Teléfono de casa #: _____ Teléfono móvil #: _____

Estoy solicitando:

- Acceso a todos los registros a través de una **inspección supervisada en persona EN LA CLINICA.**
Desde Fechas _____ Hasta: _____
- Copias de todos los registros en **formato papel,** desde las fechas _____ hasta: _____
- Copias de todos los registros en **formato electrónico,** Desde Fechas _____ Hasta: _____
 - o Correo electrónico preferido: _____
***Para todos los registros médicos que se soliciten enviar por correo electrónico, tenga cuidado con la información confidencial que se transfiere por correo electrónico, sea CLARO Y LEGIBLE.**
- Copias de: _____ Desde Fechas _____ Hasta: _____

De acuerdo con nuestra Política de divulgación de registros médicos firmada en la evaluación inicial, existe una tarifa razonable de Texas asociada con todas las solicitudes de registros médicos; consulte la lista de tarifas adjunta.

Por favor indique el propósito de acceder y/o copiar sus registros.

- Atención continuada por un especialista u otro profesional
- Reclamo de Seguro
- Abogado
- Reclamación por discapacidad
- Otro _____

Firma del paciente o representante autorizado del paciente _____ Fecha _____

Solicitud recibida por: _____ Fecha: _____
Firma del miembro del personal

Tarifas:

Según las reglas de Texas.

- **Copia de registros médicos:** Los pacientes pueden obtener una copia de la totalidad o parte de sus registros clínicos y de facturación y de los documentos asociados en papel o en formato electrónico. Se cobrará una tarifa por copia/duplicación, incluidos los costos de mano de obra, como se detalla a continuación:
 - para los registros médicos proporcionados en **formato papel**, los proveedores de atención médica cobran \$25 por las primeras 20 páginas y 50 centavos por cada página posterior;
 - Para los registros médicos proporcionados en **formato electrónico**, los proveedores de atención médica cobran \$25 por entre 1 y 500 páginas, y \$50 por más de 500 páginas.
- **Tarifa de inspección supervisada EN PERSONA EN LA CLINICA:** se cobrarán \$25 por inspecciones supervisadas SI la inspección supervisada se realiza más de 1 vez al año O si la inspección dura más de 30 minutos. El consultorio programará una cita para el paciente con el terapeuta clínico correspondiente, quien estará presente durante la inspección. NO se permitirá al paciente eliminar ningún documento del archivo ni realizar ninguna entrada o cambio. Si el paciente tiene preguntas sobre la información de facturación, el terapeuta correspondiente puede responderlas durante la cita de inspección O en una fecha posterior si se requiere una investigación con el departamento de facturación.

Attestation Regarding a Requested Use or Disclosure of Protected Health Information **Potentially Related to Reproductive Health Care**

The entire form must be completed for the attestation to be valid.

Name of person(s) or specific identification of the class of persons to receive the requested PHI. <i>e.g., name of investigator and/or agency making the request</i>
Name or other specific identification of the person or class of persons from whom you are requesting the use or disclosure. <i>Surge Mobile Physical Therapy</i>
Description of specific PHI requested, including name(s) of individual(s), if practicable, or a description of the class of individuals, whose protected health information you are requesting. <i>e.g., visit summary for [name of individual] on [date]; list of individuals who obtained [name of prescription medication] between [date range]</i>

I attest that the use or disclosure of PHI that I am requesting is not for a purpose prohibited by the HIPAA Privacy Rule at 45 CFR 164.502(a)(5)(iii) because of one of the following (check one box):

- The purpose of the use or disclosure of protected health information is **not** to investigate or impose liability on any person for the mere act of seeking, obtaining, providing, or facilitating reproductive health care or to identify any person for such purposes.
- The purpose of the use or disclosure of protected health information **is** to investigate or impose liability on any person for the mere act of seeking, obtaining, providing, or facilitating reproductive health care, or to identify any person for such purposes, but the reproductive health care at issue was **not lawful** under the circumstances in which it was provided.

I understand that I may be subject to criminal penalties pursuant to 42 U.S.C. 1320d-6 if I knowingly and in violation of HIPAA obtain individually identifiable health information relating to an individual or disclose individually identifiable health information to another person.

Signature of the person requesting the PHI

_____. Date _____

If you have signed as a representative of the person requesting PHI, provide a description of your authority to act for that person. _____

SPANISH/ESPAÑOL: Declaración sobre una Solicitud de Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida Potencialmente Relacionada con la Atención de Salud Reproductiva

Este formulario debe completarse en su totalidad para que la declaración sea válida.

Nombre de la(s) persona(s) o identificación específica de la clase de personas que recibirán la ISP solicitada.
por ejemplo, nombre del investigador y/o agencia que hace la solicitud
Nombre u otra identificación específica de la persona o clase de personas de quienes está solicitando el uso o la divulgación.
<i>Surge Mobile Physical Therapy</i>
Descripción específica de la ISP solicitada, incluyendo el/los nombre(s) de la(s) persona(s), si es posible, o una descripción de la clase de individuos cuya información de salud protegida está solicitando.
por ejemplo, resumen de visita de [nombre del individuo] en [fecha]; lista de individuos que obtuvieron [nombre del medicamento recetado] entre [rango de fechas]

Declaro que el uso o divulgación de la ISP que estoy solicitando no tiene un propósito prohibido por la Regla de Privacidad de HIPAA en 45 CFR 164.502(a)(5)(iii), debido a una de las siguientes razones (marque una casilla):

- El propósito del uso o divulgación de la información de salud protegida no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el simple hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva ni identificar a ninguna persona con tales fines.
- El propósito del uso o divulgación de la información de salud protegida es investigar o imponer responsabilidad a una persona por el simple hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva, o para identificar a una persona con tales fines, pero la atención de salud reproductiva en cuestión no era legal en las circunstancias en que fue brindada.

Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones penales conforme a 42 U.S.C. 1320d-6 si obtengo a sabiendas y en violación de HIPAA información de salud individualmente identificable relacionada con una persona o si divulgo dicha información a otra persona.

Firma de la persona que solicita esta información:

_____ . Fecha _____

Si firma como representante de la persona que solicita la ISP, proporcione una descripción de su autoridad para actuar en nombre de esa persona.

_____ .