

SOLICITAR UN REGISTRO DE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Imprima toda la información solicitada para evitar demoras en nuestras respuestas y entregue el formulario diligenciado a su centro.

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial segundo nombre Apellido de soltera u otro nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ N.º de teléfono: _____

Solicito un registro de divulgaciones de mi información de salud para el periodo: **De** _____ **A:** _____

Entiendo que este registro de divulgaciones incluirá divulgaciones realizadas solo a aquellas organizaciones o personas que no sean:

- Aquellas a las que el uso y divulgación de mi información de salud se les realizó para llevar a cabo mi tratamiento, procesar el pago de mis servicios de salud, o realizar sus operaciones;
- yo mismo o personas involucradas en mi atención;
- conforme a mi autorización;
- con fines de inteligencia o seguridad nacional;
- instituciones correccionales o funcionarios de cumplimiento de la ley en determinadas circunstancias; o
- realizadas antes del 14 de abril de 2003
- aquellas que excedan un periodo de seis años previo a la fecha de esta solicitud.

Entiendo que mi solicitud de un registro de divulgaciones será procesado dentro de los 60 días a partir de la presentación de este formulario. Seré notificado/a de la necesidad de una extensión no mayor a 30 días para procesar la solicitud, los motivos de la demora y la fecha en que recibiré el registro solicitado.

Enviar el registro por:

Copia impresa llamar al número anterior para recoger o enviar por correo vía USPS a la dirección anterior

* Correo electrónico _____ u otro método electrónico _____

***Para seguridad de sus registros, todos los correos electrónicos se envían encriptados.**

Descargo de responsabilidad de correo electrónico no encriptado: Entiendo que los registros que se me envíen por correo electrónico no encriptado conllevan un riesgo de seguridad, pero es el método que solicito para que se me envíe la información. _____ (Anote sus iniciales)

FIRMA DE LA PERSONA FECHA O FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO FECHA

RELACIÓN CON LA PERSONA

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

Complete las secciones a continuación y conserve esta solicitud con los registros del paciente.

Aviso de la decisión

Manejo de la divulgación: Completada Denegada

Si ha sido denegada, el motivo es: Divulgaciones que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003

La divulgación excede un periodo de seis meses

No se realizaron divulgaciones por motivos distintos de aquellos permitidos según se detalla arriba.

Integrante del personal que procesó la solicitud Cargo Teléfono Completado el