

Solicitud de Contabilización de Divulgación de Información de Salud Protegida

NOTA: Complete un solo formulario por paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección postal

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

La información será divulgada por:

Nombre del centro: _____

Número de teléfono del centro: _____

Dirección del centro: _____

1. Periodo de contabilización de la divulgación de sus registros médicos:

Nota: El periodo no debe ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003)

FECHAS: (REQUERIDO) _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

2. Si está buscando cierto tipo de divulgación de sus registros médicos a una persona u organización específica, proporcione información adicional de la divulgación que está solicitando:

Firma del representante legal/paciente mayor de 18 años

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legal/paciente mayor de 18 años

Relación con el paciente

Nota: La Ley de Privacidad no exige que se justifique la divulgación de información: (a) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (b) al individuo o al representante personal del individuo; (c) para notificación de o a personas involucradas en la atención médica de un individuo o el pago de atención médica, para ayuda en caso de desastre, o para directorios de instalaciones; (d) de conformidad con una autorización; (e) de un conjunto limitado de datos; (f) para fines de seguridad nacional o inteligencia; (g) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ciertos fines relacionados con reclusos o personas bajo custodia legal; o (h) incidentes a usos o divulgaciones permitidos o requeridos de otro modo. Recibirá una respuesta por escrito en un plazo de 60 días a partir de la recepción de esta solicitud y la clínica puede solicitar por escrito una prórroga adicional de 30 días, según lo permitido por la ley federal.