

Formulario para obtener la contabilidad sobre la divulgación de su Información de salud protegida

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:		
Apellido:	Nombre:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento:	

Al firmar, solicito la contabilidad de las divulgaciones de información de salud por el siguiente periodo de tiempo: Desde: / / Hasta: / /

Fecha de inicio

Fecha de finalización

Entiendo que, al firmar y enviar este formulario, autorizo la clínica nombrada abajo, recibir o divulgar mis divulgaciones de contabilidad, incluyendo los siguientes datos:

Nombre de la clínica

Entiendo que este formulario de contabilidad incluirá las divulgaciones será dada solamente a aquellas organizaciones o personas que no sean:

♦ Antes del 14 de abril de 2003.	♦ Con fines de inteligencia o seguridad nacional.
♦ A mí persona o a personas involucradas en mi cuidado.	♦ Conforme a mi autorización.
♦ A instituciones correccionales o funcionarios de la ley bajo ciertas circunstancias.	♦ Por un período que exceda seis años antes de la fecha de esta solicitud.
♦ A personas que usan o divulgan mi información de salud para llevar a cabo mi tratamiento, el procesar de pagar mis servicios de salud o realizar sus operaciones.	

Entiendo que mi solicitud de contabilidad de divulgaciones será procesada entre 60 días a partir de la entrega de este formulario. Seré notificado/a si ocurre la necesidad de una extensión no más de 30 días para procesar la solicitud, los motivos de la demora y la fecha que usted recibirá su pedido de contabilidad.

Envíe el registro por:

- Copia imprimida
 Por llamada telefónica al número indicado en esta solicitud para recogerlo
 Correo postal a la dirección indicada
 CD (debe llamar para solicitar contraseña)
 *Correo electrónico:

*Todos los correos electrónicos se envían encriptados de manera rutinaria. Sin embargo, entiendo que expedientes enviados por correo electrónico corren un riesgo de seguridad y aun ese es el

Formulario para obtener la contabilidad sobre la divulgación de su Información de salud protegida

método que quiero recibir la información. (Ponga sus iniciales) _____

Imprima su Nombre

Fecha

Firma

*Nombre del intérprete/traductor (si es necesario)

Número de teléfono

***Si se requirió un traductor o intérprete.**

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Aviso de la decisión

Su solicitud está: Aprobada/Completada

Negada

Motivo de la denegación:

Divulgaciones que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003.

La divulgación excede un período de seis años.

No hubo divulgaciones por razones distintas de aquellas permitidos según los detallados arriba.

Nombre de la Clínica

Empleado de la oficina (nombre en letra de imprenta)

Fecha en que se procesó la solicitud

Firma del personal de la oficina



6350 West Colonial Drive

Orlando, FL 32818

PH: 866-222-0403

Formulario para obtener la contabilidad sobre la divulgación de su Información de salud protegida