

SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIONES



Release of Information - SCAN, REQ ACCT OF DISCLOSURES SP, 8/30/23

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información importante: Según lo estipulado por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) y las reglamentaciones federales, los pacientes tienen derecho a solicitar un Informe de divulgaciones de determinadas divulgaciones de su información de salud que se hicieron a personas, entidades u organizaciones ajenas a Catholic Health. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad, disponible en <https://www.chsli.org/for-patientsvisitors/patient-privacyhipaa-rights>, para obtener una descripción más detallada de sus derechos de solicitar este informe y el proceso relacionado.

Tiene derecho a un informe de divulgaciones gratuito cada doce meses. Si ya ha solicitado un Informe de divulgaciones en los últimos doce meses, es posible que le cobren una tarifa razonable para cubrir los costos de producir una solicitud adicional. Le notificarán antes de que le cobren una tarifa, así puede decidir si continuar con su solicitud, modificar su solicitud o retirarla y no pagar ninguna tarifa.

Detalles de la solicitud:

Por este medio, solicito un informe de las divulgaciones realizadas durante el siguiente período:

DESDE: ____ / ____ / ____ HASTA: ____ / ____ / ____
mm dd aaaa mm dd aaaa

Centro/entidad de Catholic Health en el que recibió tratamiento: _____

Nombre del paciente o del representante personal:

En letra de imprenta

Firma

Si es el representante personal, complete la siguiente información:

Relación con el paciente

Información de contacto (si no es la de arriba)

FOR CATHOLIC HEALTH USE ONLY

Date Request Received: _____ Facility/Entity: _____

Name of Workforce Member Processing: _____

MRN: _____ CSN: _____

Request Fulfilled: _____ Request Sent: _____