



Solicitud de Contabilidad de Revelaciones de Información Protegida de la Salud

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial Seg. Nombre Apellido de soltera u otro nombre

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Archivo Médico #: _____ Tel: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Centro visitado: _____ Fecha aproximada: _____

Yo solicito una contabilidad de revelaciones de mi información de la salud en el siguiente periodo:

Desde: _____ Hasta: _____

Yo entiendo que esta contabilidad de revelaciones incluirá revelaciones hechas sólo a aquellas organizaciones o personas distintas de:

- Aquellas a quienes el uso y revelación de mi información de la salud se hizo para llevar a cabo mi tratamiento, procesar pago por mi cuidado de la salud o para llevar a cabo sus operaciones;
• A mi mismo o a personas involucradas en mi cuidado;
• En virtud de mi autorización;
• Para propósitos de seguridad nacional o de inteligencia;
• Para instituciones correccionales o para oficiales del cumplimiento de la ley bajo cierta circunstancia; o
• Aquellas que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003
• Aquellas que excedan un periodo de seis años antes de la fecha de esta solicitud

Yo entiendo que mi solicitud de contabilidad de revelaciones será procesada dentro de 60 días desde el envío de este formulario. Yo seré notificado de la necesidad de una extensión de no más de 30 días para procesar la solicitud, las razones para la demora y la fecha en la que puedo esperar recibir la contabilidad solicitada.

Por favor envíe esta contabilidad por:

[] Copia de papel ([] llamar al número de arriba para recoger) o [] enviar por correo a la dirección de arriba

*[] Correo electrónico _____ u [] otro método electrónico _____

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

Descargo de responsabilidad por correo electrónico no cifrado

[] Yo entiendo que los registros enviados a través de correo electrónico que no esté cifrado representan un riesgo de seguridad y que este es mi método de recibo solicitado. _____ (Por favor escriba sus iniciales)

FIRMA DEL INDIVIDUO FECHA O FIRMA DEL REPRESENTANTE DE PERSONAL FECHA

RELACION CON EL INDIVIDUO

Usted puede enviar este formulario:

- En persona: al centro médico Concentra más cercano
• Por correo: Concentra Privacy Office
5080 Spectrum Dr. Suite 1200 West, Addison, Texas 75001
ATTN: Privacy Office
• Por fax: 214.775.4408
• Por correo electrónico: PrivacyOffice@concentra.com

FOR INTERNAL USE ONLY (PARA USO INTERNO SOLAMENTE)

Complete the sections below and email this request to PrivacyOffice@Concentra.com or fax to 214.775.4408 with all records referenced in the request.

Notice of Decision

Confidential Handling: [] Completed [] Denied

If denied, reason for denial is:

- [] Disclosures occurred prior to April 14, 2003
[] Disclosure exceeds more than a six-year period
[] No disclosures made other than those permitted as listed above.

Staff member who processed request Title Phone Date completed

Facility Name Location Number (if applicable)