



## SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIONES

Propósito: Este formulario es para solicitar un informe de divulgaciones de información de salud protegida.

### **SECCIÓN A: Información sobre el solicitante**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Número de récord médico: \_\_\_\_\_

### **AVISO AL SOLICITANTE: Por favor, lea el siguiente aviso y provea la información que se solicita**

Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud que Salus/HAS haya realizado como parte de sus funciones. El período máximo a reportar son los 6 años previos a la fecha de su solicitud. La ley no requiere que se incluyan las divulgaciones relacionadas con las siguientes actividades: (a) tratamiento, pago, u operaciones de cuidados de salud, (b) divulgaciones dirigidas a usted, su representante personal o según su autorización, (c) como parte de un conjunto limitado de datos para propósitos de investigación o actividades de salud pública, (d) seguridad nacional o a agencias de inteligencia o a instituciones correccionales referentes a personas bajo custodia, o (e) incidentales a una divulgación permitida.

### **SECCIÓN B: Informe de Divulgaciones que se solicita**

Especifique el período de tiempo: De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Usted tiene derecho a recibir un informe libre de costo cada 12 meses. Salus/HAS cobrará una tarifa razonable por cada informe adicional que solicite durante el mismo período de 12 meses.

### **FIRMA DEL SOLICITANTE – Usted tiene derecho a una copia de esta solicitud luego de firmarla**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta solicitud se presenta por un representante personal, indique la siguiente información:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_

