

**Yale University**  
**Solicitud para una Cuenta de Revelaciones de la Información de Salud Protegida (PHI)**  
**Request for Accounting of Disclosures of PHI**

Yo, \_\_\_\_\_, solicito una cuenta de revelaciones hechas sobre mi información de salud o de facturación:  
(Nombre en Imprinta)

Por el periodo: DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

Nombre de Medico(s) vistos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo entiendo que esta cuenta de revelaciones incluirá todas las revelaciones excepto las que fueron hechas:

- para el uso de llevar acabo mi tratamiento, procesar pagos por mi cuidado de salud o con el propósito de Yale poder llevar a cabo su operación de negocios
- a mí mismo o a mi representante personal
- como revelaciones secundarias en conexión con los usos o revelaciones por otra parte permitidas o requeridas por HIPAA
- a personas involucradas con mi cuidado o hechas como parte del directorio de pacientes
- de acuerdo con la autorización de revelación dada por mí mismo o mi representante personal
- por seguridad nacional o con propósitos de inteligencia, instituciones correccionales, o oficiales que esfuerzan la ley bajo ciertas circunstancias
- como parte de unos datos limitados, cuando el que la recibe ha ejecutado un acuerdo de uso de datos, revelaciones por estudio de investigación, salud publica, o con ciertos propósitos operativos relacionados al cuidado de salud
- antes del 14 de abril del 2003

Yo entiendo que esta cuenta incluirá todas las revelaciones hechas sobre información relacionadas al VIH excepto las que fueron hechas por:

- oficiales de salud federal, estatal o local las cuales son requeridas o permitidas por ley.
- personas que revisan información o expedientes en el curso ordinario de comprobación de que las instalaciones donde proveen cuidado de salud estén en conformidad con la calidad aplicable a los estándares de cuidado, evaluación de programa o revisión de servicios.
- Aseguradores de vida y de salud, pagadores de gobierno, y centros de cuidado de salud en conexión a seguros y actividad de reclamación para beneficios de vida, salud o incapacidad

Yo entiendo que la primer cuenta de revelaciones que reciba yo dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Entiendo que si esta es la segunda o siguiente solicitud de cuenta en un periodo de 12 meses me será cobrada una tarifa por esta cuenta. Esta tarifa será por el costo del copiado, envío por correo, u otras provisiones relacionadas. Yo también entiendo que si decido no seguir con esta solicitud, podré modificar mi solicitud para reducir la tarifa o retirar esta solicitud y no pagar nada.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
*APELLIDO                      NOMBRE                      SEG. INICIAL                      NOMBRE DE SOLTERA O OTRO NOMBRE USADO*

FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_                      NUMERO DEL EXPEDIENTE MEDICO \_\_\_\_\_  
*MES                      DIA                      AÑO*

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO DURANTE EL DIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO DURANTE LA TARDE: \_\_\_\_\_

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

***Si no es la firma del paciente, favor de indicar su relación al paciente***

Envié cuenta a:  
\_\_\_\_\_ dirección anotada arriba  
\_\_\_\_\_ facsímil (numero) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Yo recogeré la cuenta personalmente. Por favor contácteme al: \_\_\_\_\_  
cuando el documento o documentos estén listos.

Someta esta solicitud a:    Oficial de privacidad  
  Universidad de Yale  
  P.O. Box 208252  
  New Haven, CT 06520-8252