

Yale University School of Medicine
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 Imprenta)

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

Envíe cuenta a:

_____ dirección anotada arriba

_____ facsímil (numero) _____

_____ Yo recogeré la cuenta personalmente. Por favor contáctenme al: _____
cuando el documento o documentos estén listos.

Someta esta solicitud a: Oficial de privacidad del adjunto de Medicina de Yale
300 George Street, 6th Floor
P.O. Box 7309
New Haven, CT 06535-7309