

Yale University
Cuenta de Revelaciones
Accounting for Disclosures Response

Nombre del Paciente: _____

Fecha que el paciente hizo solicitud: _____

Fecha de Hoy _____

Periodo de Revelación Desde: _____ Hasta: _____

Por el periodo especificado no hubo revelaciones aplicables sobre su información de salud.

Una extensión es necesaria para procesar su solicitud.

Razon: _____

Fecha dentro de la cual la cuenta de revelaciones le será proveída: _____

Revelaciones de información de salud suya fueron hechas por esta oficina a:

Fecha de Revelación (Date of Disclosure):	Nombre y Dirección de Persona a quien revelación fue hecha	Descripción de la información cual fue revelada	Propósito de revelación

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta cuenta de revelaciones, por favor de contactar al:

Oficial de Privacidad
 Universidad de Yale
 PO Box 208255
 New Haven, CT 06520-8255
 dirección electrónica: hipaa@yale.edu

PRINT NAME OF PRIVACY OFFICIAL: _____

SIGNED: _____ Date Mailed: _____

For Office Use Only:

Type of Request	Processed Date	Fee Collected	Initials
Initial			
Subsequent within 12 months			
Subsequent within 12 months			