

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

RUSH
SOLICITUD DEL PACIENTE DE
INFORME DE DIVULGACIONES

Patient Request for Accounting of Disclosures

Patient Rights-P

HIPAA Privacy Patient Rights



IDN13150017

INSTRUCCIONES: Tiene derecho a un informe de las divulgaciones de su información médica protegida en aquellos casos no relacionados con el tratamiento, el pago o las actividades de atención médica. Cuando realice esta solicitud, use este formulario o el formulario electrónico que está disponible en MyChart.

Información del paciente: proporcionenos la siguiente información acerca del paciente:

Apellido _____

Nombre _____

Segundo nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

XXX-XX- _____
Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente _____

Fecha de la solicitud _____

Número de teléfono _____

Representante personal: Si usted es el representante personal del paciente, proporcione la siguiente información acerca de usted a continuación:

(Nota: Si un representante personal está realizando esta solicitud, adjunte la documentación que certifica su estado como representante personal, por ejemplo, los documentos del poder notarial o la custodia legal).

Apellido _____

Nombre _____

Segundo nombre _____

Firma del representante personal _____

Fecha de la solicitud _____

Relación con el paciente _____

Solicito un informe de las divulgaciones de mi información médica realizadas durante el siguiente período:

desde _____ / _____ / _____ hasta _____ / _____ / _____ .

(Tenga en cuenta: las solicitudes se limitan al plazo de seis (6) años inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud).

Si quiere solicitar una auditoría de acceso a su expediente médico, comuníquese con la Privacy Office (Oficina de Privacidad) al (312) 942-5303 o a privacy_office@rush.edu

Cuando lo haya completado, devuelva este formulario a:

Rush, ATTN: Privacy Office, 707 South Wood St., Suite 317, Chicago, IL 60612-3833

Teléfono: (312) 942-5303 • Fax: (312) 942-6875