

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record#: _____

Place Patient Label



Rush Copley Medical Center

**PETICIÓN DE INFORMES
DE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA**

INSTRUCCIONES: Usted tiene el derecho a obtener un informe de las divulgaciones de su información médica protegida para instancias que no están relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Para hacer esta petición, use este formulario o el formulario electrónico en MyChart.

Información del paciente. Por favor, incluya la siguiente información acerca del paciente:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Calle y número	Ciudad	Estado
Código postal	X X X - X X - Últimos 4 dígitos del SNN	Fecha de nacimiento
Firma del paciente	Fecha de la petición	Nro. de teléfono

Representante personal. Si usted es el representante personal del paciente, incluya su información a continuación:

(Nota: Si un representante personal está haciendo esta petición, por favor, adjunte constancia de su estatus como representante personal, como un poder legal o documentación de tutela legal))

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Firma del representante personal	Fecha de la petición	Parentesco con el paciente

Solicito un informe de las divulgaciones de mi información médica que tuvieron lugar durante el siguiente período de tiempo:

De: _____ / _____ / _____ A: _____ / _____ / _____

(Importante: las solicitudes se limitan al período inmediato de seis (6) años a la fecha de la petición)

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

Una vez completado, envíe este formulario a:

Rush, ATTN: Privacy Office, 707 South Wood St., Suite 317, Chicago, IL 60612-3833
Telephone: (312) 942-5303 Fax: (312) 942-6875

INTERPRETER ATTESTATION: Interpretation has been provided by _____ Phone