



SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE LAS DIVULGACIONES

Esta solicitud aplica solo para el proveedor de atención de salud que usted indique abajo. Si quiere recibir el informe de más de un proveedor, usted debe completar un formulario por separado para cada proveedor. No hay costo por un informe solicitado en el periodo de 12 meses. Sin embargo, le cobraremos un monto razonable basándonos en nuestros costos por cualquier solicitud posterior en el periodo de 12 meses.

Por favor, complete todas las secciones y escriba las respuestas en letra de molde:

| | | | | |
|---|--|---|--|-----------------------------|
| Nombre del PACIENTE: | | Nombre de soltera u otro nombre: | Fecha de nacimiento del paciente: / / | |
| Dirección del paciente: | | | Apt /unidad/habitación del paciente: | |
| Ciudad del paciente: | | Estado del paciente: <input type="checkbox"/> NY <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> OTRO: _____ | | Código Postal del paciente: |
| Teléfono del paciente: <input type="checkbox"/> Móvil o <input type="checkbox"/> Casa () | Número de FAX del paciente (si aplica): () | Correo electrónico del paciente: | | |

Por favor, especifique el centro del que está solicitando el reporte de la divulgación de su información protegida de salud:

Localizaciones de Hospitales/Centros de pacientes ingresados

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital | <input type="checkbox"/> NYP/Lawrence | <input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center |
| <input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist | <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan | <input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division |
| <input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center | <input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital | <input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital |
| <input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley | <input type="checkbox"/> NYP/Queens | |

Consultorio del médico/Centro ambulatorio

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Columbia University Irving Medical Center (CUIMC) | <input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (WCM) | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Brooklyn |
| <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Hudson Valley | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Queens | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Westchester |

Proveedor(es) visto(s): _____

Especifique las **fechas** en que aplica el informe de las divulgaciones. Es posible que usted no solicite el informe de las divulgaciones efectuadas antes del 14 de abril del 2003 o las divulgaciones efectuadas no más de seis años antes de la fecha de su solicitud. Le proporcionaremos solo las divulgaciones que ocurrieron después de la fecha de su último informe solicitado.

Fecha del servicio para el informe de la divulgación: **DE:** ____/____/____ **A:** ____/____/____

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

For Organization Use Only:

Date Received by HIM: ____/____/____

Response Completed by HIM: ____/____/____