



SOLICITUD DE EXPLICACIÓN DE DIVULGACIONES

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de expediente médico: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Solicito una lista que detalle cuándo, a quién y por qué The MetroHealth System (MHS, por sus siglas en inglés) divulgó mi información protegida de salud. Tengo entendido que no deberé pagar por la primera solicitud. En caso de realizar una segunda solicitud dentro de 12 meses, deberé pagar una tarifa razonable. Tengo entendido que MHS enviará la lista dentro de 60 días, a menos que se me notifique por escrito que es necesaria una extensión de hasta 30 días.

Solicito una lista desde la fecha _____ hasta la fecha _____ (el marco temporal máximo es de seis años desde la fecha de la solicitud).

Tengo entendido que MHS no debe proporcionarme información que fue divulgada por los siguientes motivos:

- 1. Para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de la atención médica.
- 2. Para mí o con mi autorización.
- 3. Para el directorio de las instalaciones.
- 4. Por propósitos de inteligencia o seguridad nacional.
- 5. Para funcionarios de instituciones correccionales o del orden público.
- 6. Como parte de un conjunto de datos limitados.
- 7. Aquellos casos excluidos por la ley.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante personal (si corresponde): _____

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Envíe el formulario completo a HIPAAprivacy@metrohealth.org, por fax a (216) 778-8777 o por correo a The MetroHealth System, Attn: Privacy, 2500 Metrohealth Drive, Cleveland, OH 44109

Exclusivo para el uso de MHS:

Date Request Received: _____ Date Request Fulfilled: _____

Extension Required? Yes No If yes, provide reason for extension: _____

Name and Title of Reviewers: _____

Final Action Taken: _____

Privacy Officer's/Designee's Signature: _____ Date: _____