



OE10007

Nombre del paciente _____
Número de expediente médico _____
Número del informe _____

- Backus Hospital
- Charlotte Hungerford Hospital
- Hartford Hospital
- Manchester Memorial Hospital
- MidState Medical Center
- St. Vincent's Medical Center
- The Hospital of Central CT
- Windham Hospital
- Hartford Healthcare Medical Group

Solicitud del paciente de un informe de las divulgaciones

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) le da derecho a recibir un informe de determinadas divulgaciones de su información médica realizadas por Hartford HealthCare y sus socios comerciales por hasta seis (6) años previos a la fecha de su solicitud. Usted no tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones que se realicen para llevar a cabo el tratamiento, obtenerlo o pagarlo, o para las operaciones de atención médica. No tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones que se le realicen a usted o de conformidad con su autorización, a su familia o a otras personas involucradas en su atención, por motivos de seguridad nacional o determinados propósitos de cumplimiento de la ley.

Tiene derecho a un informe gratuito cada 12 meses. Si ya solicitó un informe dentro de los últimos 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable fundamentada en el costo a fines de cubrir los costos de elaboración de un informe adicional. Se le avisará acerca de cualquier tarifa con antelación. Recibirá el informe en función de su método de entrega preferido dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud y se le avisará si se necesitan 30 días adicionales (o menos) para prepararlo.

Para solicitar un informe de las divulgaciones, complete el formulario a continuación y envíelo a: **Release of Information,**

9 Farm Springs Road, Farmington, CT 06032 o a HHCROI@hhchealth.org

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección del paciente: _____

Número de teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Solicito un informe de las divulgaciones de mi información médica que se realizaron durante el siguiente período:
desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____.

Comprendo que es posible que me cobren una tarifa razonable y fundamentada en los costos si ya recibí un informe dentro de los últimos 12 meses y acepto pagarla.

Quisiera recibir el informe de las divulgaciones de la siguiente manera:

- Impreso y que se envíe a mi dirección.
- Electrónicamente (es posible que no esté disponible).
- Retiro del informe de las divulgaciones en persona.

<p>Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____</p> <p>(Paciente o persona autorizada para firmar) <i>Si la persona que otorga el consentimiento no es el paciente, escriba el nombre en imprenta y el tipo de autoridad para firmar. La documentación de respaldo se debe proporcionar al momento de la presentación.</i></p> <p>Nombre/autoridad: _____</p>
