



**Solicitud de contabilidad de divulgaciones**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Paciente:

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/nombres anteriores

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Dirección postal, ciudad, estado, código postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

**Información a ser divulgada por la siguiente clínica:**

Airline Children & Women's Health Center

Denver Harbor Family Health Center

5808 Airline Dr.  
Houston, TX 77076

424 Hahlo St.  
Houston, TX 77020

Me gustaría una contabilidad de las divulgaciones para el siguiente período de tiempo (p.ej. de enero de 2009 a octubre de 2009):

\_\_\_\_\_  
Si no se proporcionan fechas, le proporcionaremos todas las divulgaciones pertinentes en los 6 años anteriores a la fecha de la solicitud.

Si solo busca un informe de cierto tipo de divulgación o divulgaciones a una persona/organización específica, describa las divulgaciones para las que busca un informe.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sus derechos con respecto a esta solicitud:**

Entiendo que se me proporcionará la contabilidad dentro de los 60 días a partir de la fecha de esta solicitud, a menos que Vecino extienda el plazo por 30 días adicionales y me proporcione una declaración por escrito de los motivos de la demora y la fecha. por el cual puedo esperar recibir la contabilidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante legal y relación, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha