



**Hillsborough
County Florida**

Solicitud de paciente para contabilidad

Solicitud de paciente de Contabilidad de Divulgaciones de Información Protegida de Salud

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Email: _____ Fecha de Nacimiento: _____

***Derecho de solicitar Contabilidad de Divulgaciones de Información Protegida de Salud
enmiendas a su información médica protegida (PHI) y nuestras responsabilidades:***

El Condado de Hillsborough está comprometido a proteger su información personal de salud bajo las Reglas de Privacidad y Seguridad HIPAA 45 C.F.R. §§ 164.103, 164.105.

Usted (o su representante autorizado) tiene derecho a recibir una contabilidad de ciertas revelaciones de su PHI hechas dentro de los seis (6) años inmediatamente anteriores a su solicitud. Sin embargo, no estamos obligados a proporcionarle una contabilidad de las revelaciones de su PHI: (a) para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (B) para las revelaciones que usted haya autorizado expresamente; (C) revelaciones hechas a usted, su familia o amigos, o (d) revelaciones hechas para la aplicación de la ley o ciertos otros propósitos gubernamentales.

Solicitud de Contabilización de Divulgaciones de PHI:

A continuación, especifique el período de tiempo durante el cual solicita una contabilidad de las revelaciones de su PHI. Si no especifica un período de tiempo, el Departamento del Condado de Hillsborough _____ proporcionará una contabilidad de revelaciones durante los seis (6) años anteriores que se nos requirió realizar un seguimiento.

Período de tiempo para el que estoy solicitando una contabilidad: _____

Firma del solicitante: _____ ***Fecha de solicitud:*** _____

Información del solicitante (si el solicitante no es el paciente):

Nombre: _____

Relación con el paciente (padre, encargado legal, etc.): _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____