



TEXAS TECH UNIVERSITY  
HEALTH SCIENCES CENTER  
EL PASO

**Petición para obtener conteo de ciertas divulgaciones de Información de Salud Protegida**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_  
(Número de archivo médico)

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

Información para comunicarse con el paciente:

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo a Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (TTUHSC El Paso) a proporcionarme un informe de las divulgaciones de mi información de salud protegida durante el período de tiempo:

---



---



---

Como paciente usted tiene derecho a recibir un conteo de las divulgaciones, no rutinarias, de su información de salud protegida efectuadas por TTUHSC El Paso. Por favor lea nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información acerca de la liberación de información de salud protegida. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo, no mayor a seis (6) años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en el mismo período de 12 meses será gratis. Si se solicitan listas adicionales durante el mismo período de 12 meses, es posible que se le cobren los costos al proporcionar la lista. Puede retirar o modificar sus solicitudes para evitar que se le cobre por la lista adicional.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Paciente / otra persona legalmente autorizada