



TEXAS TECH UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER
EL PASO

**Petición para ~~o~~Obtener ~~conteo~~Cuenta de
~~c~~Ciertas ~~revelaciones~~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, ~~E~~Estado, ~~Código~~zona ~~P~~postal _____

Número de teléfono _____

~~S~~Yo solicito y autorizo a Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (~~TTUHSC El Paso~~) a proporcionarme ~~una un informe~~cuenta de las ~~divulgaciones~~revelaciones de mi información ~~se salud de~~salud protegida ~~durante el período por el período de~~ tiempo:

Como paciente usted tiene ~~el~~ derecho a recibir un ~~conteo~~cuenta de las ~~divulgaciones~~revelaciones, no rutinarias, de su información ~~de salud de~~salud protegida efectuadas por TTUHSC El Paso. Por favor lea nuestro Aviso de ~~Prácticas Normas~~ de Privacidad para ~~obtener~~ más información ~~acerca de~~referente a la ~~liberación~~ ~~revelaciones~~ de información de salud protegida. Su ~~solicitud~~petición debe indicar un periodo de tiempo, ~~no mayor a seis (6) años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003, el cual no debe exceder seis años o incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003.~~ La primera lista que ~~usted~~ solicite en ~~el mismo un período~~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. Usted podrá incurrir un cargo si solicita listas adicionales durante el mismo período. Usted puede retirar o modificar sus solicitudes su~~petición para evitar que se le cobre por la lista adicional.

Fecha _____

Nombre ~~Impreso~~ _____

Paciente / otra persona legalmente autorizada

Formatted: Font color: Text 1, Strikethrough
Formatted: Font color: Text 1