SOLICITUD DE INFORME SOBRE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida (ISP). Su solicitud debe hacerse por escrito. Su solicitud puede indicar un período de tiempo, pero este no puede ser mayor a seis años a partir de la fecha en que presente su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (p. ej., papel o de forma electrónica).

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Solicitud:

☐ Todas las divulgaciones realizadas durante el último período de seis (6) años anterior a la fecha de esta solicitud.

☐ Todas las divulgaciones realizadas durante el siguiente período de tiempo (sin exceder el último período de seis [6] años)

del _____ al _____

Las divulgaciones deben enviarse: ☐ Por correo postal

☐ De forma electrónica (al correo electrónico proporcionado arriba y enviado de forma segura)

Usted comprende que el primer informe en cualquier período de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Por cualquier informe adicional solicitado dentro del mismo período de 12 meses, se podrá cobrar una tarifa razonable.

Las leyes estatales y federales no obligan a Astria Health a incluir ninguna de las siguientes divulgaciones de su información de salud protegida en un informe para usted por los siguientes motivos:

- Para llevar a cabo procedimientos de tratamiento, pago y atención médica;
- Para el paciente de información de atención médica sobre él;
- Incidentes relacionados con un uso o divulgación de otros modos permitidos o exigidos;
- En virtud de una autorización por la que el paciente diera su permiso para la divulgación de información de atención médica sobre sí mismo;
- De información de directorio;
- A personas involucradas en la atención del paciente;
- Para fines de seguridad nacional o de inteligencia si la ley no permite un informe sobre las divulgaciones;
- Para instituciones correccionales o funcionarios del orden público si la ley no permite un informe sobre las divulgaciones; y
- De un conjunto de datos limitado que excluye identificadores directos del paciente o de familiares, empleadores o miembros del grupo familiar del paciente.

Firma:

Paciente/representante: _____ Fecha: _____

Autoridad legal: _____

☐ Yo mismo ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Poder notarial para atención médica

**Por favor, adjunte documentación legal si usted es el tutor legal o el titular de un poder notarial.

Puede enviarnos este formulario por correo postal, fax o correo electrónico:
Astria Health – Health Information Dept. 1016 Tacoma Ave, Sunnyside, WA 98944
Teléfono: 509-837-1636; fax: 509-837-1637; correo electrónico: ROI@Astria.Health
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado todos los días festivos importantes.