



TEXAS TECH UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER
EL PASO

**Petición para Obtener Cuenta de Ciertas
revelaciones 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, zona postal _____

Número de teléfono _____

Yo solicito y autorizo a Texas Tech University Health Sciences Center El Paso a proporcionarme una cuenta de las revelaciones de mi información de salud protegida por el periodo de:

Como paciente usted tiene el derecho a recibir una cuenta de las revelaciones, no rutinarias, de su información de salud protegida efectuadas por TTUHSC El Paso. Por favor lea nuestro Aviso de Normas de Privacidad para más información referente a revelaciones de información de salud protegida. Su petición debe indicar un periodo de tiempo, el cual no debe exceder seis años o incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003. La primera lista que usted solicite en un periodo de 12 meses será gratis. Usted podrá incurrir un cargo si solicita listas adicionales durante el mismo periodo. Usted puede retirar o modificar su petición para evitar que se le cobre por la lista adicional.

Fecha

Hora

Paciente / otra persona legalmente autorizada

Testigo

Imprima el nombre

Imprima nombre y parentesco con el paciente