|  |  |
| --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma** |

**Solicitud de Informe Detallado sobre la Divulgación— Campus Norman**

**Request for Accounting of Disclosures — Norman Campus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido: | |  | | | | | Nombre: | |  | | | | Segundo Nombre: | | | | | |  | |
| Otros Nombres Usados: | | | |  | | | | | | Fecha de Nacimiento: | | | | | |  | | | | |
| Dirección: |  | | | | Ciudad: | | |  | | | | Estado: | | |  | | Código Postal: | | |  |
| Teléfono Particular: | | | ( ) | | | Teléfono Alternativo: | | | | | ( ) | | | Teléfono Móvil: | | | | ( ) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**SOLICITUD DE INFORME DETALLADO SOBRE LA DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN:**

Solicito un Informe Detallado sobre la Divulgación de la información protegida de salud perteneciente al conjunto de registros determinados \* desde el \_     \_\_\_ hasta el \_\_\_     \_\_\_ (las divulgaciones no deberán superar los 6 años ni ser anteriores al 14 de abril de 2003) que creó o conserva este proveedor o esta clínica del Campus Norman de la Universidad de Oklahoma:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que la primera solicitud del informe de divulgaciones en cualquier período de 12 meses es sin cargo, pero que se podrá aplicar una tarifa razonable por cada solicitud subsiguiente dentro del mismo período. Se me notificará con antelación cualquier cargo.

**Entiendo que el informe de divulgaciones debe incluir todas las divulgaciones de mi información a terceros, excepto aquellas divulgaciones:**

1. para llevar a cabo actividades relativas a tratamientos, pagos u servicios médicos;
2. realizadas a usted respecto a la información protegida de salud sobre usted o su hijo/a menor de edad;
3. que resultan del uso o divulgación permitidos por las regulaciones de Privacidad;
4. de conformidad con su Autorización;
5. realizadas a las personas involucradas en la atención médica o a un centro de salud de la cobertura;
6. con fines de inteligencia o seguridad nacional;
7. a funcionarios de instituciones correccionales o encargados del cumplimiento de la ley acerca de una persona bajo su custodia;
8. realizadas como parte de un conjunto limitado de datos; o
9. que hayan tenido lugar antes del 14 de abril de 2003.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Firma | Cargo, en caso de Representante Legal\* | Fecha |

\*Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal.

NOTIFICACIÓN PARA EL PACIENTE: Su solicitud de un Informe Detallado sobre la Divulgación de su información protegida de salud se aplica **solo** a la información que conservan los proveedores del Campus Norman de la Universidad de Oklahoma. Si desea solicitar un Informe Detallado sobre la Divulgación de su Información de salud protegida de cualquier otra entidad de la Universidad, deberá presentar una solicitud por separado ante dicha entidad. **(La presente solicitud solo se aplica a los registros divulgados por el Campus Norman de la UO).**

\* Un conjunto de registros determinados constituyen los registros médicos y de facturación de personas; o la inscripción, el pago, la adjudicación de reclamos y los sistemas de gestión médica o de casos; usados, en su totalidad o en parte, por el Personal de la Universidad para tomar decisiones sobre las personas, independientemente de quién creó originalmente la información y que conserva, recopila, usa o difunde un Componente de Atención de la Salud de la Universidad.