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

**Solicitud de Informe sobre las Divulgaciones Realizadas—Centro de Ciencias de la Salud**

**Request for Accounting of Disclosures—Health Sciences Center**

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

NOTIFICACIÓN PARA EL PACIENTE:

La solicitud de Informe sobre la Divulgación de su información de salud protegida **sólo** aplicaráa la información mantenida por los proveedores del Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma (*OU Health Sciences Center*). Si desea solicitar un Informe 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 sólo aplicará a los registros divulgados por el Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma).**

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

Solicito un Informe sobre la Divulgación de mi Información de salud protegida del conjunto de registros designados desde \_     \_\_\_ hasta \_\_\_     \_\_ (los registros solicitados no deberán exceder los 6 años de la fecha de solicitud y deberán ser posteriores al 1ro de abril de 2003) mantenidas o creadas por los proveedores del Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Médico u Otro Proveedor** | **Departamento/ Clínica** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

Entiendo que la primera solicitud del informe de divulgaciones en cualquier período de 12 meses es sin cargo, pero se podrá aplicar un arancel 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 o servicios médicos;
2. a aquellos individuos que solicitan su información personal de salud protegida;
3. que resultan del uso o divulgación permitidos por las regulaciones de Privacidad;
4. realizadas con la Autorización del individuo;
5. a las personas involucradas en el cuidado médico del individuo o proporcionada 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 la documentación que acredite la representación legal.

University of Oklahoma Health Sciences Center, University Privacy Official, P. O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129