



## SOLICITUD DE INFORME SOBRE REVELACIONES

Yo, \_\_\_\_\_, pido un informe sobre las revelaciones de mi información de atención médica, excluyendo las revelaciones que están autorizadas o las revelaciones hechas para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Primer nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono al que nos podemos comunicar con usted sobre esta solicitud:

\_\_\_\_\_

Período de tiempo para el que quiere el informe (*no puede ser más de 6 años*):

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Recibirá una respuesta por escrito a su solicitud en sesenta (60) días.

Si FIGHT no puede responder con un informe en el plazo de sesenta (60) días de su solicitud, usted recibirá una declaración en esos sesenta (60) días informándole cuándo se le entregará el informe. En cualquier caso, el informe se le entregará en un plazo máximo de noventa (90) días a partir de la fecha en que FIGHT recibió la solicitud original. FIGHT puede retener temporalmente el derecho de un paciente a recibir un informe de las revelaciones de su información médica a una agencia de supervisión de la salud o una agencia de las fuerzas de orden público si es razonablemente probable que el informe dificulte las actividades de la agencia.

Esta solicitud fue hecha por: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del solicitante-paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal del paciente  
(*Debe completar el formulario antes de firmarlo*).

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre en letra de molde del representante legal del paciente:

\_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente:

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

### SOLO PARA USO INTERNO DE FIGHT

El personal debe enviar este formulario de solicitud por correo electrónico al director de Privacidad de FIGHT a [privacy@fight.org](mailto:privacy@fight.org), en el plazo de diez (10) días después de la recepción de la solicitud.

Este formulario se puede presentar en persona en cualquier Centro Médico Philadelphia FIGHT, por correo electrónico a [privacy@fight.org](mailto:privacy@fight.org), por fax 215-732-1145 Atención: Privacy Officer o por correo postal a Philadelphia FIGHT Privacy Officer, 1233 Locust St. 5th Floor, Philadelphia PA 19107.