



SOLICITUD DEL PACIENTE DE UN INFORME DE REVELACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

AVISO: Las Normas de Privacidad le permiten solicitar restricciones y un informe de las revelaciones de su información médica protegida ("PHI"). El informe incluirá las revelaciones de información realizadas para otras situaciones distintas al tratamiento, pago y operaciones de atención médica o las revelaciones que usted autorizó. Puede solicitar un informe de hasta seis (6) años antes de la fecha de su solicitud; tres (3) años si su PHI está en formato electrónico.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____

Deseo solicitar un informe de revelaciones de mi PHI, según lo siguiente:

Período _____

Establecimiento _____

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Puede enviar el formulario completo por fax a INTEGRIS Health Information Management al 405-552-8773, por correo a 3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, o por correo electrónico a Healthinfomanagement@integrishealth.org. Si tiene preguntas, llame al 877-778-7211.

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:

INT-2127S Release of Information Forms



Rev 12/09; 1/23