

Solicitud de historial de divulgaciones

Fecha de solicitud: _____

Paciente/Persona

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

Número de teléfono (con código de área)

Dirección de correo electrónico (opcional)

Solicitante (si es diferente del paciente/persona)

Para que un tercero pueda realizar una solicitud en nombre del paciente, es preciso que conste en el expediente un permiso/documentación por escrito.

Nombre

Apellido

Relación con el paciente

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (opcional)

Período de divulgación

Solicito una lista de las divulgaciones realizadas en relación con mi información médica durante el siguiente período:

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Revisar y firmar

Esta solicitud será revisada y podrá ser aceptada o rechazada. Recibirá una respuesta en un plazo de 60 días a partir de la recepción de su solicitud por parte de Alpine.

Solicito a Alpine Health que me proporcione una lista de las divulgaciones relacionadas con mi información médica protegida. Entiendo que:

- La lista es gratuita una vez en cualquier período de 12 meses. Se puede cobrar una tarifa por listas adicionales en el mismo período de 12 meses.
- No se incluirán las siguientes divulgaciones:
 - Divulgaciones realizadas más de seis años antes de esta solicitud
 - Se incluirán las divulgaciones relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica
 - Divulgaciones que hayan sido autorizadas al paciente
 - Divulgaciones al paciente o a su representante personal
 - Divulgaciones con fines de seguridad nacional o inteligencia
 - Divulgaciones realizadas a funcionarios del orden público o a centros penitenciarios con fines relacionados con reclusos o personas bajo custodia legal
 - Divulgaciones realizadas en relación con usos o divulgaciones permitidos o requeridos

Declaro que he leído toda la información anterior.

Firma de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona**Fecha**

X _____

Envíe este formulario completado por correo postal o correo electrónico a:

Attn: Privacy Officer
Physician Health Partners
PO Box 13406
Denver, CO 80202-9998

Privacy@Alpine-Physicians.com