

**SOLICITUD DE UNA CONTABILIDAD
DE LAS DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Correo: Oficial de Privacidad, Riverside Physician Network

La Ley del 1996 sobre la Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) requiere que protejamos la privacidad de su información médica protegida. Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones de su información protegida. **Esta solicitud debe hacerse por escrito, y cualquier contabilidad sólo incluirá divulgaciones hechas durante los últimos seis años, pero no antes de 14 de abril de 2003.** Riverside Physician Network debe actuar sobre su petición dentro de 60 días, a menos que le proporcionemos con la notificación por escrito que se necesita una extensión de hasta 30 días. La primera contabilidad que usted solicite en un período de 12 meses se proporcionará en forma gratuita. Habrá un cargo basado en costos para cualquier solicitud posterior de contabilidad hecha por usted dentro del mismo periodo de 12 meses.

Conforme a las regulaciones HIPAA y *el derecho cual tiene* Riverside Physician Network sobre la contabilidad de divulgaciones de información médica protegida, los siguientes tipos de divulgaciones **no** serán contabilizados:

- ❖ Divulgaciones hechas para llevar a cabo el tratamiento médico, pago u operaciones;
- ❖ Divulgaciones hechas a usted acerca de su información médica protegida;
- ❖ Divulgaciones incidentales a un uso o divulgación de lo contrario lo permitan o requieran bajo HIPAA;
- ❖ Divulgaciones con arreglo de una autorización firmada por usted;
- ❖ Divulgaciones hechas para usarse en un directorio de instalación médica;
- ❖ Divulgaciones hechas para la seguridad nacional o propósitos de inteligencia;
- ❖ Divulgaciones hechas a instituciones correccionales o aplicación de la ley;
- ❖ Divulgaciones como parte de un conjunto limitado de datos (información de salud protegida que excluye identificadores directos del individuo) u;
- ❖ Divulgaciones hechas antes de Abril 14,2003.

Fecha de Solicitud: _____

En la fecha arriba escrita, solicito una contabilidad de accesos (distintos a los mencionados arriba) hechos por Riverside Physician Network sobre mi información de salud protegida entre _____ y _____.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segunda inicial: _____

Dirección: _____ # de Apart: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ID del Plan de Salud del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Firma: _____

Los padres del Tutor Legal pueden firmar en nombre del hijo menor de edad. Tutor legal, poder notarial o equivalente puede firmar en nombre de un adulto-documentación es requerida.

Si firma en nombre de otra persona, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del Personal Representante Designado:

Relación con el individuo:
