

SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Una vez que haya llenado el formulario por completo, envíelo utilizando cualquiera de las siguientes opciones:

- **Email:** RUHS-ROI@ruhealth.org
- **Correo:** Centro Médico - Riverside University Health System.
Attn: Medical Records, 7898 Mission Grove Parkway South, Suite 200, Riverside, CA 92508
- **En persona:** Centro Médico - Medical Records Department en el Riverside University Health System.

Fecha de hoy:	Nombre del paciente:	Número de expediente (MRN):	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Teléfono:	

Estoy solicitando un informe detallado de cómo mi información de salud protegida fue divulgada por el **Centro Médico de Riverside University Health System**, según lo exigen las regulaciones federales. Entiendo que el hospital no tiene que informarme sobre los siguientes tipos de divulgaciones:

1. Divulgación de información con fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica o como parte de un conjunto limitado de datos.
2. Divulgaciones dirigidas a mí o divulgaciones autorizadas por mí.
3. Divulgaciones que se usan en el directorio del hospital.
4. Divulgación a las personas que intervienen en mi atención médica.
5. Para fines de notificación (para notificar a un familiar, representante personal u otra persona sobre la ubicación, el estado general o el fallecimiento del individuo).
6. Para fines de seguridad nacional o de inteligencia.
7. A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
8. Divulgación relacionada al uso o una divulgación permitida o requerida por la ley federal.

También entiendo que el gobierno puede impedir, bajo circunstancias limitadas, que ejerza mi derecho a obtener un informe de algunas o todas las divulgaciones.

➤ Solicito un informe de todas las divulgaciones que ocurrieron en el siguiente período:

(Nota: El período no debe ser superior a seis años.)

➤ Estoy interesado(a) específicamente en las siguientes divulgaciones: _____

(Nota: No necesita llenar esta sección.)

➤ Solicito que el informe sobre los datos divulgados se me entregue de la siguiente forma:

- Por correo a la siguiente dirección: _____
- Recoger el informe en persona. Por favor llámenme al número que aparece arriba cuanto esté listo.

Entiendo que el hospital debe entregarme el informe de divulgaciones dentro de los 60 días o decirme que necesitan 30 días adicionales (o menos) para prepararlo.

Tengo derecho a un informe gratuito de divulgaciones en cualquier período de 12 meses. Puede haber un cobro por solicitudes posteriores a un período de 12 meses.

SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Firma del paciente o representante legal:

Fecha y Hora

Nombre del representante en letra de molde
representante

Relación con el paciente

Teléfono del

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte el “Aviso sobre Prácticas de Privacidad” disponible en nuestro sitio web: <https://www.ruhealth.org/medical-center/patients-visitors/patient-rights> o en el **Health information Management Department del Centro Médico del Riverside University Health System** o envíe una solicitud por escrito a Attn: Medical Records, 7898 Mission Grove Parkway South, Suite 200, Riverside, CA 92508.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el Funcionario de Cumplimiento. Para presentar una queja ante el hospital, póngase en contacto con la Oficina de Cumplimiento al (951) 486-4659. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No habrá ninguna represalia en su contra por presentar una queja.