

SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) REQUEST FOR AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Nombre: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono de preferencia: (_____) _____ Móvil Casa Trabajo Otro

Dirección de correo electrónico: _____

Método de entrega: Recogida Correo Fax Correo electrónico seguro

Rango de fechas de divulgación solicitadas: *

Desde: _____/_____/_____ Hasta _____/_____/_____

Mes Día Año ; Mes Día Año

Mediante mi firma a continuación, solicito por el presente documento un informe de todas las divulgaciones justificadas de mi información de salud protegida/la del paciente que la Entidad cubierta afiliada (Affiliated Covered Entity, ACE) de City of Hope ("City of Hope")** ha realizado durante el rango de fechas especificado más arriba.

Entiendo que City of Hope no está obligado a proporcionarme un informe de las divulgaciones justificadas realizadas más de 6 años antes de la fecha de hoy.

Si necesito más información sobre los tipos de divulgaciones que son "justificadas", entiendo que puedo pedir a City of Hope una copia de sus políticas en las que se detallan los tipos de divulgaciones que son "justificadas". En particular, entiendo que las divulgaciones que haya realizado City of Hope con relación al tratamiento, el pago y determinadas operaciones de atención médica no son "justificadas" al igual que las divulgaciones realizadas por City of Hope conforme a mi autorización.

Comprendo que si esta es mi primera solicitud de informe de divulgaciones en los últimos doce (12) meses, recibiré mi informe solicitado sin cargo. Entiendo que si he realizado más de una solicitud de informe de divulgaciones en los últimos doce (12) meses, City of Hope me cobrará \$25.00 por solicitud para procesar, elaborar y enviar por correo postal mi informe solicitado. Si esta tarifa no es aceptable para mí, no será necesario que complete este formulario; sin embargo, entiendo que si no lo completo, no recibiré mi informe de divulgaciones solicitado.

**La Entidad cubierta afiliada de City of Hope son instituciones de atención médica y otros proveedores de atención médica que ahora o en el futuro están controlados por o bajo el control o propiedad común de City of Hope. Los miembros de la ACE de City of Hope se encuentran en California, Arizona, Georgia e Illinois.

(Para obtener un listado de todos los sitios y proveedores de City of Hope, consulte cityofhope.org/locations o llame a nuestro número principal (800) 826-4673).

| NOMBRE EN IMPRENTA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE PERSONAL | FIRMA | FECHA | HORA |
|---|-------|-------|------|
| <p>Si ha firmado un representante personal arriba, indicar su relación con el paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Persona responsable <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Otro</p> | | | |

REQUEST FOR AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Cómo enviar el formulario:

Una vez completado, reenvíelo al Departamento de Servicios de gestión de información de salud a través de los siguientes métodos:

COH - California

- Correo electrónico (email): himsroi@coh.org
- Fax: (626) 218-8443, Attention: Health Information Management Services (ROI)
- Correo postal (Mail):
Health Information Management Services (ROI)
City of Hope
1500 East Duarte Road
Duarte, CA 91010

COH - Chicago, Atlanta, Phoenix, Hospitals and Outpatient Care Centers

- Correo electrónico (email): himsroi2@coh.org
- Fax: (847) 746-6791, Attention: Health Information Management Services (ROI)
- Correo postal (Mail):
Health Information Management Services (ROI)
City of Hope
2520 Elisha Ave
Zion, IL 60099

City of Hope

**REQUEST FOR AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**