

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD
CONDADO DE LOS ANGELES
SOLICITUD PARA INFORME DE DECLARACIONES**

Fecha: _____

Por favor escriba la información del paciente

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Expediente medico
Dirección	Ciudad		Estado	Código postal

De acuerdo a la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPPA por sus siglas en ingles) el paciente, o su representate legal tiene el derecho de solicitar un informe de declaraciones sobre la Información Medica Protegida (PHI por sus siglas en inglés) incluidos en los récords médicos y de facturas.

Me gustaría recibir un informe de como mi Información Medica Protegida ha sido divulgada por el Departamento de Servicios de Salud (DHS por sus siglas en ingles). Entiendo que DHS no tiene que informarme de los siguientes tipos de divulgaciones:

- información con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- información para mi
- información para personas involucradas en mi salud
- Para propósitos de notificación (para notificar a un miembro familiar, representante personal o cualquier otra persona de la ubicación del individuo, su condición en general, o fallecimiento)
- Para propósitos de seguridad nacional o de Inteligencia
- Para Instituciones Correccionales y Oficiales de Organismos de Seguridad
- Divulgaciones previas al 14 de abril, 2023
- Divulgaciones en virtud de una autorización valida
- Divulgaciones secundarias que ocurren como consecuencia de una declaración autorizada
- Divulgaciones al acceso de datos limitados para investigación, salud pública, u operaciones para el propósito de atención medica

También entiendo que el gobierno bajo circunstancias limitadas puede suspender mi derecho a la contabilización de declaraciones.

Quiero obtener una contabilización de declaraciones que abarcan el siguiente periodo:

_____ a _____

(Nota: El período no debe ser mayor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.)

Quiero el informe de las divulgaciones en la siguiente forma:

Electrónicamente: Dirección de correo electrónico:

Quiero recoger el informe de declaraciones. Llámeme al siguiente número de teléfono cuando esté listo: (_____) _____

Envíeme por correo el informe de declaraciones a la siguiente dirección:

Su Informe de Declaraciones reflejara las Declaraciones de su Información Medica Protegida (PHI por sus siglas en ingles) de todos los Departamentos de Servicios de Salud (DHS) y todas sus instalaciones.

Entiendo que DHS debe de enviarme este Informe de Declaraciones dentro de 60 días después de haber recibido la petición o informarme que necesita 30 días (o menos) para prepararlo. Tengo derecho a recibir un Informe de Declaraciones en cualquier momento en un periodo de 12 meses. Costos razonables se cobrarán por listas adicionales dentro del periodo de 12 meses. Comprendo que tengo el derecho retractar o cambiar mi petición al escribir a DHS para evitar o rebajar los cargos.

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad de información médica, pídale al representante del centro médico una copia de nuestro ***Aviso de prácticas de privacidad de la agencia de salud***. También puede obtener una copia visitando nuestro sitio web en www.dhs.lacounty.gov

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros, el condado de Los Ángeles o el Gobierno Federal. No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja. Para presentar una queja con nosotros, o si tiene comentarios o preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la administración del centro o cualquiera de las siguientes oficinas:

Firma del paciente o representante del paciente _____ Fecha _____

Los Angeles County Department of Health Services
DHS Privacy Officer
313 N. Figueroa Street, Room 703
Los Angeles, CA 90012
800-711-5366

Solicitud procesada por _____ Fecha _____

Gracias por darnos esta oportunidad de ayudarlo y esperamos continuar cubriendo sus necesidades de atención médica.