

**PATIENT PROTECTED HEALTH INFORMATION RECORD OF DISCLOSURES**

*Por lo general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a los individuos el derecho de pedir una restricción sobre los usos y revelaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo también tiene el derecho de solicitar comunicación confidencial, o que la comunicación de PHI sea por medios alternativos, como ser por correspondencia a la oficina del individuo en vez de a su hogar.*

**Quiero ser contactado(a) de la(s) siguiente(s) manera(s):**

*(Por favor marque las casillas deseadas)*

- A Mi Teléfono de Hogar (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_
  - Puede dejar mensaje con PHI detallada
  - Puede dejar mensaje con solo número de teléfono
- Comunicación Escrita
  - Puede mandar correo a mi casa
  - Puede mandar correo a mi trabajo/oficina
  - Puede mandar fax al: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_
- A Mi Teléfono de Trabajo (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_
  - Puede dejar mensaje con PHI detallada
  - Puede dejar mensaje con solo número de teléfono
- Otro Medio: \_\_\_\_\_
- A Mi Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_
  - Puede dejar mensaje con PHI detallada
  - Puede dejar mensaje con solo número de teléfono
- Puede dar PHI a mi esposo(a): \_\_\_\_\_
- Puede dar PHI a mi amigo(a): \_\_\_\_\_
- Puede dar PHI a otro(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 FECHA DE HOY (MES/DÍA/AÑO)

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE, POR FAVOR)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)

*Entidades de cuidado de salud deben mantener registros de revelaciones de PHI. La información subyacente, si es completada apropiadamente, constituirá un registro adecuado. NOTA: En una emergencia, el uso o revelación de PHI puede ser permitido sin su consentimiento previo.*

**Registro de Revelaciones de Información de Salud Protegida (PHI)**

Fecha	Revelado a Quien Dirección o Número de Teléfono/Fax	Descripción de la Revelación/ Motivo por la Revelación	Revelado por Quien