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