

KEYTONE SALUD

SOLICITUD DE CONTABILIZACIÓN DE LAS DIVULGACIONES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de solicitud: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Dirección para enviar la contabilidad de divulgación (si es diferente de la anterior):

FECHAS SOLICITADAS

Me gustaría una contabilidad de todas las revelaciones para el siguiente marco de tiempo. *Tenga en cuenta: el plazo máximo que se puede solicitar es de seis años antes de la fecha de su solicitud.*

Desde: _____ hasta: _____

tiempo de respuesta

Entiendo que la contabilidad que he solicitado se proporcionará a mí dentro de 60 días a menos que me notifiquen por escrito que se necesita una extensión de hasta 30 días.

Fecha de firma del paciente o representante legal

SOLO PARA USO DE ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Fecha de recepción de la solicitud: _____ Fecha de envío de la contabilidad:

Extensión solicitada: ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, dé la razón: _____

Paciente notificado por escrito en esta fecha: _____

Solicitud de tramitación de funcionarios: _____

Forward To: **Keystone Health**
HIM- Release of Information Department
111 Chambers Hill Drive, Suite 200 Chambersburg, PA 17201
Phone Number: (717) 709-7960 Fax Number: (717) 217-1937
Email: khc-him@keystonehealth.org