2170 South Avenue
South Lake Tahoe
CA 96150
530.541.3420 **TEL**
bartonhealth.org
Línea para llamada con servicio de intérprete:
530.539.6135

SOLICITUD DE REGISTRO DE DIVULGACIONES

Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Nombre legal del/de la paciente: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Deseo recibir un registro de la forma en que mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) fue divulgada por Barton HealthCare System, conforme a lo requerido por las regulaciones federales. Entiendo que el hospital no está obligado a informarme sobre los siguientes tipos de divulgaciones:

1. Para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o como parte de un conjunto limitado de datos.
2. A mí o divulgaciones autorizadas por mí.
3. Para su uso en el directorio del hospital.
4. A personas involucradas en mi atención médica.
5. Con fines de notificación (para informar a un/a familiar, representante personal u otra persona sobre la ubicación, condición general o fallecimiento del/de la paciente).
6. Para fines de seguridad nacional o de inteligencia.
7. A instituciones correccionales o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
8. Como parte de un conjunto limitado de datos.
9. Realizadas antes del 14 de abril de 2003.
10. Incidentes a un uso o divulgación permitidos o exigidos por la ley federal; por ejemplo, para una revisión por parte de una agencia de supervisión de la salud, o en respuesta a procedimientos judiciales, una citación judicial, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal válido.

También entiendo que mi derecho a recibir un registro de algunas o todas las divulgaciones puede ser suspendido por el gobierno en circunstancias limitadas.

Deseo un registro de divulgaciones que cubra el siguiente período de tiempo:

Rango de fechas (MM/DD/AAAA): _____ a_____ *(Nota: el período no debe exceder seis años previos a la fecha de la solicitud y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003)*

Deseo recibir el registro de divulgaciones en el siguiente formato:

☐ <u>En papel</u>
Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

©Copyright Barton Health 2025

☐ De forma electrónica
Correo electrónico: _____

☐ Recogerlo en persona; contáctenme cuando esté listo.
Número de teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Entiendo que el hospital debe proporcionarme el registro de divulgaciones dentro de un plazo de 60 días o bien informarme que necesita hasta 30 días adicionales (o menos) para prepararlo.

Entiendo que tengo derecho a UN (1) registro de divulgaciones gratuito dentro de cualquier período de 12 meses.

Los registros adicionales tendrán un costo de $15.00 por cada solicitud adicional dentro de un período de 12 meses.

Derechos de privacidad

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte el "Aviso de Prácticas de Privacidad", disponible en nuestro sitio web en www.BartonHealth.org, en el Departamento de Gestión de Información de Salud, en el área de Admisiones del Barton Memorial Hospital, o enviando una solicitud por escrito a:

Barton HealthCare System:
Atención: Health Information Management – Privacy Notice Request
2170 South Ave.
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158

Para presentar una queja

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el hospital o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Barton HealthCare System
Atención: Privacy Officer
2170 South Ave.
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158
530.543.5975

Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para mayores informes: www.HHS.gov
Todas las quejas deben presentarse por escrito. **Usted no será sancionado(a) por presentar una queja.**

Firma paciente, tutor/a o parte responsable: _____

Nombre en fecha de molde: _____Relación: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____ Hora: _____