



## Formulario de solicitud de lista pormenorizada de revelaciones

**Revíselo antes de completarlo:** Este formulario se usa para pedir una lista de revelaciones de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) distinta al tipo de revelaciones incluidas en las viñetas de abajo que no necesitan ser parte de una solicitud de lista pormenorizada de revelaciones.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido de soltera u otro nombre

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de expediente médico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Centro visitado:** \_\_\_\_\_ **Fechas aproximadas:** \_\_\_\_\_

**Solicito una lista pormenorizada de las revelaciones de mi información médica hechas en el período del:** \_\_\_\_\_ **al:** \_\_\_\_\_

**Entiendo que esta lista pormenorizada de revelaciones incluirá las que únicamente se hicieron a las organizaciones o personas distintas:**

- a aquellas para quienes el uso y la revelación de mi información médica se hicieron para darme el tratamiento, procesar el pago de mi atención médica o desarrollar sus operaciones;
- a mí o a personas que participan en mi atención;
- según mi autorización;
- para fines de seguridad o inteligencia nacional;
- a instituciones correccionales o a oficiales del orden público en ciertas circunstancias; o
- a las que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003.
- a las que excedieron un período de seis años antes de la fecha de esta solicitud.

Entiendo que mi solicitud de una lista pormenorizada de revelaciones se procesará dentro de los 60 días posteriores a haber enviado este formulario. Me notificarán si es necesaria una prórroga de no más de 30 días para procesar la solicitud, los motivos del retraso y la fecha en que puedo esperar la recepción de la lista pormenorizada que se solicita.

**Envíe esta lista pormenorizada por:**

Correo postal: envíe copia impresa a la dirección indicada arriba

\* Correo electrónico \_\_\_\_\_ [Marque con una X aquí  si prefiere que se envíe el correo electrónico sin cifrar.]

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Fecha  Padre/madre/tutor designado/persona autorizada Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Para procesarlo de la forma más eficiente**

envíe el formulario completado directamente al centro médico de Concentra donde recibió los servicios. Nuestra herramienta Location Finder (Localizador de centros) en Concentra.com tiene la información de contacto (teléfono, fax, dirección de correo postal) de los centros médicos de Concentra.

También puede enviar la solicitud a la Oficina de Privacidad de Concentra:

- Por correo postal: Concentra Privacy Office, 4714 Gettysburg Road, Mechanicsburg, PA 17055
- Por fax: 214-775-4408
- Por correo electrónico: [privacyoffice@concentra.com](mailto:privacyoffice@concentra.com)

**FOR INTERNAL USE ONLY**

Facility: Refer to applicable internal procedure. Contact the Concentra [Privacy](#) Office with questions.

**Disclosure Accounting Request:** Completed Denied (The Privacy Office will provide the determination to the patient)

**If denied, reason for denial is:**

- Disclosures occurred prior to April 14, 2003
- Disclosure exceeds more than a six-year period
- No disclosures made other than those permitted as listed above

Leadership Colleague Handling Record Review Title Phone Date Completed

\_\_\_\_\_  
Facility Name