



4502 Medical Drive  
 Departamento de Registros Médicos, MS# 26-2  
 San Antonio, Texas 78229-4493

Teléfono (210) 358-3532

Fax (210) 358-5936

## Solicitud de Registro de Divulgaciones

<b>Nombre paciente</b>	_____		
	Apellido	Nombre	Segundo nombre
<b>Dirección:</b>	_____		
	Calle	Ciudad	Estado
			Código postal
<b>Teléfono:</b>	(____) _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____	<b>MRN:</b> _____

**Dirección hacia donde enviar divulgación (en caso de ser diferente a la de arriba):**

\_\_\_\_\_

<b>Calle</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
--------------	---------------	---------------	----------------------

**FECHAS SOLICITADAS**

Desearía un registro de todas las divulgaciones para los siguientes períodos de tiempo. **Tener en cuenta: el período de tiempo máximo que se puede solicitar es de seis años antes de la fecha de solicitud.**

**Desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**COSTOS**

No hay cargos para la primer solicitud de registro de divulgaciones en un período de 12 meses. Para solicitudes posteriores dentro del mismo período de 12 meses, el monto es de \$ 25.00.

Comprendo que (marcar uno)

No hay ningún cargo para esta solicitud       El cargo para esta solicitud se especifica arriba y deseo continuar

**TIEMPO DE RESPUESTA**

Comprendo que se me entregará el registro de divulgaciones que solicité dentro de los 60 días a menos que se me de aviso por escrito que se necesita una extensión de hasta 30 días.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o del Representante del Paciente      Fecha

Para uso de University Health Únicamente      **FECHA QUE SE RECIBIÓ:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE ENVÍO DEL REGISTRO DE DIVULGACIONES:** \_\_\_\_\_

**EXTENSIÓN SOLICITADA:**  NO       SÍ, RAZÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SE DA AVISO POR ESCRITO AL PACIENTE EN ESTA FECHA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DE PERSONAL ROI/HIM (Divulgación de información)**

\_\_\_\_\_

