



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

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

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

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
--------------	---------------	---------------	----------------------

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 SYSTEM ÚNICAMENTE	FECHA QUE SE RECIBIÓ: _____
FECHA DE ENVÍO DEL REGISTRO DE DIVULGACIONES: _____	
EXTENSIÓN SOLICITADA: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ, RAZÓN: _____	

SE DA AVISO POR ESCRITO AL PACIENTE EN ESTA FECHA: _____	

FIRMA DE PERSONAL ROI/HIM (Divulgación de información)	