



Place Patient Label Here

Pedido del/la Paciente de una Lista de Revelación de Información

Nombre del/la Paciente Fecha de Nacimiento Número de Expediente Médico

Solicito que el Servicio de Salud de Samaritan (SHS) provea una lista de las revelaciones de mi información médica.

Antes de firmar este pedido, por favor tenga en cuenta que:

- Esta lista no incluirá revelaciones hechas con más de seis años de anterioridad a este pedido, o antes del 14 de abril de 2003.
Esta lista no incluirá revelaciones de información médica relacionadas con tratamientos, pagos, ni operaciones para el cuidado de la salud.
Las revelaciones que pueden no estar en la lista incluyen, pero no se limitan, al uso ni a las revelaciones que (a) Usted o su representante personal haya autorizado; (b) otras personas involucradas en el cuidado o pago del cuidado de salud de/la paciente, como familiares, amigos, etc.; (c) se hagan de pasada en forma permitida o requerida; (d) sean parte de un conjunto limitado de datos; y (e) que sea con propósitos de inteligencia o seguridad nacional.

Sus Derechos cuando Solicita una Lista de las Revelaciones de Información Médica:

- Usted tiene derecho a solicitar una lista de revelaciones de su información médica hechas por nosotros.
Usted tiene derecho a recibir una respuesta a este pedido dentro de un plazo de 60 días. En caso de que haya demoras potenciales a esta respuesta, se le notificará por escrito; esta demora no puede ir más allá de 30 días adicionales.
No se hace ningún cobro por el primer pedido en un periodo de 12 meses, pero habrá cobros por siguientes pedidos dentro del mismo periodo de 12 meses.

Su Derecho a Presentar una Queja de Privacidad:

Las personas pueden presentar quejas de privacidad ante el Oficial de Privacidad de SHS o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S., Oficina de Derechos Civiles. Vea la información de contacto que aparece a continuación:

Samaritan Health Services
Attn: Privacy Officer
3600 NW Samaritan Drive
Corvallis, Oregon 97330
Phone: (541) 768-2165
Email: privacy@samhealth.org

Office for Civil Rights, Region X
U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11
Seattle, Washington 98121-1831
Phone: (206) 615-2290

Solicito lista de las revelaciones de mi información médica para el siguiente periodo de tiempo: (sea específico/a):

Desde: Mes: Año: Hasta: Mes: Año:

Firma del/la Paciente Firma de la persona autorizada por ley a firmar en lugar del/la paciente:

Fecha: Relación con el/la Paciente:

Testigo: Fecha:

