

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

## Registro de Divulgaciones

# Solicitud de Divulgación de Información

## Release of Information Request - Accounting of Disclosures

Página 1 de 2

Page 1 of 2

Fecha de la solicitud (mes/día/año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Request date (month/day/year)*

Dirección del paciente \_\_\_\_\_  
*Patient address*

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
*City State ZIP code*

Deseo recibir un registro de las divulgaciones (lista) de mi información de salud realizadas por Marshfield Clinic

Health System desde (introducir fechas) \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

*I would like an accounting (list) of disclosures of my health information made by Marshfield Clinic Health System from (insert dates) (date) to (date).*

Ante la recepción de una solicitud por escrito, Marshfield Clinic Health System le proporcionará al solicitante un registro de todas las divulgaciones realizadas durante el período de seis (6) años inmediatamente previo a la fecha de solicitud del registro.

*Upon receipt of a written request, Marshfield Clinic Health System will provide the requestor with an accounting of all accountable disclosures during the six (6) year period immediately prior to the date of the request for an accounting.*

Yo quisiera que este recuento sea enviado a mí por correo/correo electrónico a la siguiente dirección:  
*I would like this accounting to be mailed/emailed to me at the following address:*

Comprendo que el registro de las divulgaciones que he solicitado **no** incluirá los siguientes tipos de divulgaciones:  
*I understand that the accounting of disclosures I have requested will **not** include the following types of disclosures:*

- Divulgaciones para llevar a cabo las actividades relativas a mi tratamiento, el pago o los servicios médicos  
*Disclosures to carry out my treatment, payment and health care operations activities*
- Divulgaciones realizadas a mi persona o a mi representante legal  
*Disclosures to me or my legal representative*
- Divulgaciones para las cuales firmé una autorización por escrito  
*Disclosures for which I signed a written authorization*
- Divulgaciones a las personas involucradas en mi atención médica u otros fines de notificación  
*Disclosures to persons involved in my care or other notification purposes*
- Divulgaciones con fines de inteligencia o seguridad nacional  
*Disclosures for national security or intelligence purposes*
- Divulgaciones a funcionarios de instituciones correccionales o encargados del cumplimiento de la ley que tengan una custodia legítima sobre mi persona  
*Disclosures to correctional institutions or law enforcement officials having lawful custody of me*
- Divulgaciones realizadas como parte de un conjunto limitado de datos para actividades relativas a la salud pública, investigación o servicios médicos  
*Disclosures made as part of a limited data set for public health, research or health care operations activities*

## Registro de Divulgaciones

### Solicitud de Divulgación de Información (Continuación)

Página 2 de 2

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------

Comprendo también que Marshfield Clinic Health System me proporcionará el primer registro de divulgaciones en cualquier período de doce (12) meses sin cargo, pero que Marshfield Clinic Health System puede aplicar una tarifa razonable por cada solicitud subsiguiente de un registro de divulgaciones que yo realice dentro del mismo período de doce (12) meses.

*I further understand that Marshfield Clinic Health System will provide me with the first accounting of disclosures in any twelve (12) month period without charge but Marshfield Clinic Health System may impose a reasonable fee for each subsequent request I make for an accounting of disclosures within the same twelve (12) month period.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Representante legal del paciente)  
*Patient signature (Patient's legal representative)*

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)  
*(Relationship to patient)*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de firma (m/d/a)  
*Signature date (m/d/y)*

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono  
*Phone number*

**Envíe la solicitud completa a: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-5847 Correo electrónico: [himroiadmrestvreq@marshfieldclinic.org](mailto:himroiadmrestvreq@marshfieldclinic.org)**  
**Send completed request to: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-5847 E-mail: [himroiadmrestvreq@marshfieldclinic.org](mailto:himroiadmrestvreq@marshfieldclinic.org)**

#### FOR MARSHFIELD CLINIC HEALTH SYSTEM INTERNAL USE ONLY

Date received (m/d/y) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Accepted  Denied

Temporarily suspended of right to accounting based on written or oral statement from a health oversight agency or law enforcement official

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comments:

Individual was informed of denial in writing (attach letter of communication)

\_\_\_\_\_  
Staff member signature/title

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date (month/day/year)