Texas Tech University Health Sciences Center **Petición para obtener cuenta de ciertas revelaciones de Información de salud protegida**	Nombre el Paciente_____ MRN:_____ (Número de archivo médico) Fecha de nacimiento_____

Información para comunicarse con el paciente:

Dirección_____

Ciudad, estado, zona postal_____

Número de teléfono_____

Yo solicito y autorizo a Texas Tech University Health Sciences Center a proporcionarme una cuenta de las revelaciones de mi Información de salud protegida por el periodo de:

_____

_____

_____

Como paciente usted tiene el derecho a recibir una cuenta de las revelaciones, no rutinarias, de su Información de salud protegida efectuadas por TTUHSC. Por favor lea nuestro Aviso de Normas de Privacidad para más información referente a revelaciones de Información de salud protegida. Su petición debe indicar un periodo de tiempo, el cual no debe exceder seis años o incluir fechas anteriores al 14 de Abril de 2003. La primera lista que usted solicite en un periodo de 12 meses será gratis. Usted podrá incurrir un cargo si solicita listas adicionales durante el mismo periodo. Usted puede retirar o modificar su petición para evitar que se le cobre por la lista adicional.

_____	_____	_____
Fecha	Hora	Paciente / otra persona legalmente autorizada
_____	_____	_____
Testigo	Imprima el nombre	Imprima nombre y parentesco con el paciente