

## Solicitud para recibir un informe de divulgaciones

Las personas tienen derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información médica protegida ("PHI") mantenida por UNITE HERE HEALTH ("UHH") en su Conjunto de registros designado durante los seis (6) años anteriores. El informe se proporcionará lo más rápido posible (generalmente dentro de los 60 días) sin cargo para la primera solicitud (más solicitudes pueden requerir una pequeña tarifa).

### El informe no incluirá las divulgaciones de PHI realizadas:

- Hace más de 6 años
- Para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Al individuo, al representante personal del individuo o de conformidad con una autorización
- Incidente a un uso o divulgación de otra manera permitida o requerida por HIPAA
- A personas involucradas en el cuidado del individuo u otras para otros propósitos de notificación
- A instituciones correccionales o para otras situaciones de custodia policial
- Para fines de inteligencia o seguridad nacional, como parte de un conjunto de datos limitado o de conformidad con una ley federal que no requiere que UHH proporcione una contabilidad

Para solicitar un informe de divulgaciones a su PHI, complete y envíe este formulario de la siguiente manera:

#### **En persona**

Entregue en persona en cualquier oficina de UHH (consulte [www.UHH.org](http://www.UHH.org) para la dirección de su oficina local)

#### **Por correo postal a:**

UNITE HERE HEALTH  
Attn: HIPAA Privacy Officer  
711 North Commons Dr.  
Aurora, Illinois 60504

**Por fax a:** (630) 236-5286

#### **Por correo electrónico a:**

HIPAA@uhh.org

**Por favor tenga en cuenta:** Si elige enviar información personal por correo electrónico a UHH, no podemos garantizar que permanecerá privada o segura hasta que se reciba.

#### **Para ayuda:**

Llame a: (630) 236-5100 y pregunte por el Oficial de Privacidad de HIPAA

### Sección A: Información de la persona

Nombre de la persona:

Dirección

Ciudad, estado y código postal:

Número de teléfono (    )

Fecha de nacimiento /    /   

Identificación de miembro o los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro:

Relación con el participante:

### Sección B: Información del participante (esta sección es obligatoria si es diferente de la del individuo)

Nombre del participante:

Fecha de nacimiento /    /

<b>Sección C: Solicitud de un informe de divulgaciones</b>
<input type="checkbox"/> <b>Proporcionar un informe de divulgaciones para el siguiente período de tiempo:</b> A partir de (fecha): / / Hasta (fecha): / /
<b>Proporcionar un informe de divulgaciones de la siguiente manera:</b>
Para ser recogido por: Nombre: _____
Por correo a esta dirección:
Por correo electrónico a esta dirección de correo electrónico:
Por fax a este número: ( )

<b>Sección D: Firma</b>
Nombre de la persona que completa el formulario
Número de teléfono ( )
Relación con el individuo*:
Firma: _____

\* Si este formulario es enviado por un representante personal (por ejemplo: alguien que tenga autoridad según la ley aplicable para actuar en nombre de alguien, como un tutor legal, albacea, alguien con poder notarial duradero), presente también prueba de dicha autoridad.

<b>For UHH Use Only</b> (Solo para uso de UHH)
Received by:
Name: _____ Date: / /
Completed by:
Name: _____ Date: / / (date accounting sent to individual)