HIPAA – FORM D
PEDIATRIC ASSOCIATES

SOLICITUD DE JUSTIFICACIÓN DE CIERTAS DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA PROPÓSITOS NO-TPO

Como paciente, usted tiene derecho a recibir una justificación de divulgación de información de salud identificable no-rutinaria hecha por nuestra prática. Su solicitud debe establecer un periodo de tiempo , el cual no puede ser mayor a seis (6) años y **no debe incluir fechas previas a Abril 14, 2003**. La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de 12-meses sera provista libre de cargos. Para solicitudes adicionales dentro del mismo periodo de 12 meses se aplicaran cargos por la producción de las mismas; no obstante nuestra practica le notificará del costo relacionado y usted pudiera cancelar o modificar su solicitud.

Para solicitar una justificación de divulgación hecha por nuestra práctica, Usted debe someter su solicitud por escrito a:
Chester Slonaker, MD, CHCO
Compliance Department
Pediatric Associates
900 S. Pine Island Road, Suite 800
Plantation, FL 33324.

Nombre de Paciente:_____Fecha de nacimiento:_____

Dirección:_____ Récord / Cuenta #: _____
Calle

_____
Ciudad, Estado, Código postal

_____
Teléfono

_____ _____
Firma del paciente o Tutor legal Fecha