



Formulario de Solicitud de Registro de revelaciones

Use este formulario para solicitar que CCH le dé un registro de determinadas revelaciones de su Información Médica Protegida (PHI) hechas por CCH o en su nombre durante un período de tiempo específico.

Para que CCH pueda responder de manera rápida y precisa a su Solicitud de Registro de Revelaciones, complete este formulario en su totalidad.

<u>Apellido de la persona</u>			<u>Nombre de la persona</u>		<u>Segundo nombre de la persona</u>		
Fecha de nacimiento	Mes	Día	Año	Fecha de hoy	Mes	Día	Año
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	
PERÍODO PARA EL REGISTRO Especifique las fechas entre las cuales quiere que CCH dé el registro de las revelaciones de su PHI. NOTA: no estamos obligados a dar un registro de las revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003 ni de aquellas efectuadas hace más de 6 años contados desde la fecha de hoy.			FECHA DE INICIO:				
			FECHA DE FINALIZACIÓN:				
LIMITACIONES SOLICITADAS SOBRE EL ALCANCE DEL REGISTRO Especifique si quiere que CCH limite el registro a determinados tipos de revelaciones.							
Firma de la persona				Fecha			
PARA REPRESENTANTES PERSONALES DE LA PERSONA							
Nombre del representante personal				Relación con la persona			
<i>Por la presente certifico que tengo la autoridad legal conforme a la ley aplicable para hacer esta solicitud en nombre de la persona identificada arriba.</i>							
Firma del representante personal				Fecha			
Devuelva este formulario a la siguiente dirección.				Ashley Huntington, JD, CHC Privacy Officer 1950 W. Polk Street, Suite 9217 Chicago, IL 60612			
O llame a este número si tiene preguntas:							
1-877-476-1873							