

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS
CALLIER CENTER FOR COMMUNICAITON DISORDERS

SOLICITUD DE CONTABILIDAD DE DIVULGACIONES

UT Dallas Callier Center reconoce el derecho de un individuo a solicitar un informe de ciertas divulgaciones realizadas con respecto a información médica.

Solicitante: _____ Teléfono diurno _____

Dirección: _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Período de tiempo durante el cual abarcará la contabilidad:

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Nota: La fecha de inicio no puede ser anterior a más de 6 años antes de la fecha de firma de este formulario.

A menos que se indique lo contrario en este documento, entiendo que el informe me será enviado por correo a la dirección que figura a continuación. Entiendo que tengo derecho a mi primera contabilidad en cualquier período de 12 meses sin cargo, pero que cualquier contabilidad adicional solicitada puede estar sujeta a una tarifa basada en el costo. También entiendo que, si se impondrá una tarifa, se me notificará el monto y tendré la oportunidad de retirar o modificar mi solicitud antes de recibir la contabilidad e incurrir en la tarifa.

Firma: _____ Fecha: _____

Si la solicitud está firmada por un Representante personal del individuo:

Nombre impreso del Representante personal: _____

Autoridad del representante para actuar en nombre del individuo: _____

Si lo firma un Representante legal de la persona, tenga en cuenta que debemos verificar que usted es el representante legal de esta persona a los efectos de presentar esta Solicitud. Adjunte cualquier documento que respalde esta autoridad (poder notarial, orden judicial, etc.). Como representante de esta persona, ¿podemos comunicarnos con usted a la dirección, al correo electrónico o al número de teléfono que figuran arriba?

De lo contrario, proporcione su dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono a continuación:

Este formulario debe dirigirse a:

Oficial de Privacidad de HIPAA
UT Dallas Callier Center
1966 Inwood Road
Dallas, TX 75235

Para uso exclusivo de Callier Center

Persona que procesa la solicitud: _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Plazo para responder: _____

¿Plazo extendido? No

Sí Razón: _____

Nuevo plazo para responder: _____

Fecha de envío de la contabilidad: _____