



Affix Patient Label

Además se le podrán cobrar \$23.32 por hora por el trabajo administrativo necesario para completar su solicitud. Si la tarifa es inaceptable, no es necesario que complete este formulario, pero no recibirá el recuento de las divulgaciones solicitado.

Enviar el recuento a:

- Mi dirección postal designada anteriormente.
- Mi correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o representante personal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Recuento de divulgaciones

- No se hicieron divulgaciones de este tipo sobre su información médica durante el período especificado.
- Las divulgaciones de su información de salud se hicieron a: (Informe adjunto)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha