



NH3791

# NORTHSIDE HOSPITAL, INC.

English - **Spanish** - Korean

AFFIX PATIENT LABEL HERE

**Name of Patient:** \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

**Address:** \_\_\_\_\_  
Dirección  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Phone #:** \_\_\_\_\_  
Nº de tel.

**Patient's Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

Como paciente, tiene derecho a recibir un informe detallado acerca de las divulgaciones que hayamos hecho de su información médica con fines distintos a los de un tratamiento, pagos o servicios de atención médica. Esta solicitud solo corresponde al consultorio del proveedor de atención médica mencionado anteriormente. El primer informe que solicite dentro de un periodo de 12 meses se proporciona de forma gratuita. Si necesita informes adicionales dentro de los mismos 12 meses, es posible que le cobren el costo de proporcionar la lista; sin embargo, le avisaremos el precio incurrido y podrá optar por retirar o modificar su solicitud.

**Please specify the dates to which this accounting request applies** / Especifique las fechas del periodo al que se refiere esta solicitud: desde \_\_\_\_\_ to / hasta \_\_\_\_\_. No puede solicitar un informe detallado acerca de las divulgaciones de información que se hayan hecho más de seis (6) años antes de la fecha de esta solicitud. Usted entiende que bajo las regulaciones federales de privacidad (HIPAA, por sus siglas en inglés) cierta información no se incluirá en este informe.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient or Legal representative**  
Firma del paciente o su representante legal

\_\_\_\_\_  
**Date** / Fecha

\_\_\_\_\_  
**Interpreter (if applicable)** / Intérprete (si corresponde)

**Note to staff:** if telephone interpretation provided, record name of company and interpreter ID number.

\_\_\_\_\_  
**Print name** / Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
**Relationship to patient** / Relación de parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
**Reason patient unable to sign** / Razón por la que el paciente no puede firmar

**Llene este formulario y entréguelo a la persona responsable del consultorio**

**FOR INTERNAL PURPOSES ONLY**  
**PARA USO INTERNO EXCLUSIVO:**  
**Date Request Received:** \_\_\_\_\_

SOLICITUD DE INFORME DETALLADO ACERCA DE LA DIVULGACIÓN DE CIERTA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

## SPANISH TRANSLATION: REQUEST FOR ACCOUNTING OF CERTAIN DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION