



Departamento de salud del condado de Jefferson

Solicitud de revelación del estado de cuenta

Información del paciente

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección para enviar la lista de revelación		Numero de telefono	
Número de expediente medico (si lo sabe)		Direccion de correo electronico	

Fecha de solicitud: _____

Entiendo que tengo derecho a solicitar un informe de las revelaciones de la información de mi salud realizadas hasta seis años antes de la fecha de la solicitud. Entiendo que hay revelaciones realizadas para ciertos fines que no se incluirán, como revelaciones para tratamiento, pago y operaciones, revelaciones que autorice y otras exenciones descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad de JCDH (por sus siglas en inglés).

Solicito una lista de las revelaciones de información realizadas:

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Entiendo que puede haber una tarifa por esta solicitud de estado de cuenta (si corresponde) y deseo continuar. También entiendo que el estado de cuenta se me proporcionará dentro de 60 días, a menos que se me notifique por escrito que se necesita una extensión de hasta 30 días.

Tarifas: Primera solicitud en un periodo de doce meses: Sin cargo
Solicitudes posteriores: \$10.00

Firma del paciente/tutor legal/representante del paciente*

Nombre con letra imprenta

Fecha

Si tutor/representante, relación con el paciente*

*Se le puede pedir que presente evidencia de la tutoría/representación legal.

Enviar por correo el formulario completo a:

Release of Information Division
Jefferson County Department of Health (JCDH)
1400 Sixth Avenue South
Birmingham, AL 35233
roi.info@jcdh.org

O por correo electrónico a:

Office Use

Date Received by ROI: _____ Date Released: _____

Extension Requested: No Yes

If yes, reason: _____

If yes, date patient notified: _____

Staff processing request: _____ Title: _____

Notes: