



Solicitud de contabilidad de divulgaciones

Descripción: Este formulario permite a una persona solicitar una lista de aquellas personas y organizaciones con las que el Condado de Travis ha compartido la información de salud de la persona.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 le otorga el derecho de solicitar que el Condado de Travis le proporcione una lista de divulgaciones (contabilidad) que ha hecho de su información médica protegida. La contabilidad estándar incluirá todas las divulgaciones que el Condado de Travis ha hecho en los últimos seis años, excepto aquellas divulgaciones realizadas:

- para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- a usted, a su representante personal o a otras personas involucradas en su cuidado.
- de conformidad con su autorización por

escrito.

- incidentes a usos y divulgaciones que están permitidos o requeridos por HIPAA.
- a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley sobre reclusos u otras personas bajo custodia.
- con fines de seguridad nacional o inteligencia.
- de conformidad con un Acuerdo de uso de datos.

También puede solicitar una lista de divulgaciones realizadas durante un período de tiempo específico dentro de los últimos seis años.

Parte I: Identidad del solicitante

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: _____

Si está solicitando una contabilidad en nombre de otra persona, proporcione el nombre y la dirección de la persona en cuyo nombre está presentando y describa y proporcione pruebas* de su relación legal con el individuo. Las relaciones legales reconocidas incluyen: padre de un hijo menor, tutor legal, poder notarial o albacea.

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Relación con el individuo: _____

**El Condado de Travis aceptará documentación como un testamento ejecutado, poder notarial. u orden judicial. También debe proporcionar una identificación con foto válida emitida por el gobierno.*

Parte II: Solicitud

Componente del Condado de Travis* que mantiene sus registros:

** Una lista de los componentes cubiertos dentro del Condado de Travis está disponible en el Oficial de Cumplimiento y Privacidad de HIPAA o en la página web del Condado de [Travis https://www.traviscountytx.gov/hipaa](https://www.traviscountytx.gov/hipaa).*

Período de tiempo durante el cual solicita una contabilidad de divulgaciones: _____
a _____

Parte III: Información importante sobre su solicitud

- El Condado de Travis actuará sobre la mayoría de las solicitudes dentro de los 60 días posteriores a su recepción. Si el Condado de Travis no puede actuar sobre su solicitud dentro de este plazo, el Condado de Travis le notificará por escrito las razones de la demora y la fecha en que proporcionará la contabilidad.
- El Condado de Travis enviará la contabilidad a través de U.S. Mail a la dirección proporcionada en la Parte I o parte IV.
- La contabilidad contendrá la información requerida por 45 C.F.R. 164.528(b).
- El Condado de Travis proporcionará una contabilidad gratuita por año. Si solicita más de una contabilidad en un período de 12 meses, el Condado de Travis le cobrará una tarifa razonable basada en el costo, que no excederá los \$10.00.

Parte IV: Reconocimiento

Entiendo que el Condado de Travis solo proporcionará una contabilidad gratuita por cada período de doce (12) meses. Al firmar este formulario, reconozco que, si solicito más de una contabilidad en cualquier período de doce (12) meses, el Condado de Travis puede imponer una tarifa razonable basada en el costo para preparar dicha contabilidad de divulgaciones.

Firma de Receptor/Date

Parte V: Información adicional

Si desea que la contabilidad de las divulgaciones se envíe a otro lugar que no sea la dirección establecida en la Parte I, por favor proporcionar la dirección a la que debemos enviar correspondencia escrita sobre este asunto.

Dirección postal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correo electrónico: _____

Instrucciones de envío

Los formularios completados deben enviarse a:
HIPAA Compliance and Privacy Office
700 Lavaca, Ste. 400
Austin, TX 78701

También puede enviar un formulario escaneado por correo electrónico a: privacy@traviscountytexas.gov

SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Fecha de recepción: _____ Recibido por: _____ Título: _____	
Verificación de la identidad del solicitante: <input type="checkbox"/> Identificación con foto <input type="checkbox"/> Información de identificación <input type="checkbox"/> Firma coincidente <input type="checkbox"/> Otro: _____	Si la solicitud fue presentada por un Representante Personal, la autoridad del Representante Personal fue verificada por: <input type="checkbox"/> Testamento ejecutado <input type="checkbox"/> Documentación del poder notarial <input type="checkbox"/> Autorización firmada por el individuo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Fecha límite para responder: _____	
Fecha de envío de la contabilidad : _____	