

# Request for an Accounting of Disclosures

---

Date: \_\_\_\_\_

Patient name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_

I would like an accounting of how my protected health information was disclosed by (*name of hospital*) \_\_\_\_\_, as required by federal regulations. I understand that the hospital does not have to tell me about the following types of disclosures:

1. Disclosures for purposes of treatment, payment and health care operations or as part of a limited data set.
2. Disclosures to me or disclosures authorized by me.
3. Disclosures for use in the hospital's directory.
4. Disclosures to persons involved in my care.
5. For notification purposes (to notify a family member, personal representative or other person of my location, general condition or death).
6. For national security or intelligence purposes.
7. To correctional institutions or law enforcement officials.
8. Disclosures made prior to April 14, 2003.
9. Disclosures incident to a use or disclosure otherwise permitted or required by federal law.

I also understand that my right to an accounting of some or all disclosures may be suspended by the government under limited circumstances.

I want an accounting of disclosures that covers the following time period:

---

**NOTE:** The time period must be no longer than six years.

I am interested in the following specific disclosures of my protected health information:

---

(**NOTE:** This section does not have to be completed.)

(over)

I want the accounting of disclosures in the following form:

- On paper
  - I want to pick up the accounting. Please call me at the following phone number when it is ready:  
\_\_\_\_\_
  - I want the accounting mailed to me. Please mail to the following address:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Electronically
  - Please email my accounting to the following address:  
\_\_\_\_\_

I understand that the hospital must give me the accounting of disclosures within 60 days, or tell me that it needs an extra 30 days (or less) to prepare it.

I am entitled to one free accounting of disclosures in any 12 month period. Additional accountings will cost \$\_\_\_\_\_ each.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(patient/legal representative)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
(legal representative)

For more information about your privacy rights, see the "Notice of Privacy Practices" available on our website at [insert web address] or at [insert department name] at [insert hospital name] or by sending a written request to [insert address].

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the hospital or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. To file a complaint with the hospital, contact [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. All complaints must be submitted in writing.

*You will not be penalized for filing a complaint.*

**NOTE:** The Secretary of DHHS published a Notice of Proposed Rule Making to implement the HITECH requirement regarding accounting of disclosures from an EHR [76 Fed. Reg. 31426 (May 31, 2011)]. The proposal also will change the requirements for accounting of disclosures from paper medical records. There is no estimated date for publication of the final regulation. When the provider is required to give patients an accounting of disclosures through an HER, the provider should revise this document. (See "Accounting of Disclosures From an EHR: New Law Coming.")

# Solicitud de Informe de Divulgaciones

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Deseo recibir un informe de las instancias en que el (*nombre del hospital*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ divulgó mi información médica protegida, según reglamentos federales. Entiendo que el hospital no tiene obligación de informarme acerca de las siguientes clases de divulgaciones:

1. Divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o como parte de un conjunto limitado de datos.
2. Divulgaciones hechas a mi persona o autorizadas por mí.
3. Divulgaciones para uso en el directorio del hospital.
4. Divulgaciones a personas que participan en mi atención.
5. Para fines de notificaciones (notificar a un miembro de la familia, a un representante personal o a otra persona acerca de la ubicación, condición general o fallecimiento de la persona).
6. Para fines de inteligencia o seguridad nacional.
7. A instituciones penales o funcionarios encargados del cumplimiento de la ley.
8. Divulgaciones efectuadas antes del 14 de abril del 2003.
9. Divulgaciones inherentes a un uso o divulgación de otro modo permitida o requerida por la ley federal.
10. Asimismo, entiendo que mi derecho a recibir un informe de algunas o todas las divulgaciones puede ser suspendido por el gobierno en determinadas circunstancias.

Deseo un informe de las divulgaciones que cubra el siguiente período:

---

**NOTA:** El período no debe abarcar más de seis años.

Estoy interesado en divulgar específicamente los siguientes datos de mi información médica protegida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(**NOTA:** No es necesario completar esta sección).

(sobre)

Deseo un informe de las divulgaciones de la siguiente forma:

- En papel
  - Quiero pasar a buscar el informe de contabilidad. Comuníquese conmigo al siguiente número cuando esté listo:  
\_\_\_\_\_
  - Quiero recibir por correo el informe de contabilidad. Envíelo a la siguiente dirección:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- En forma electrónica
  - Envíe por correo electrónico mi informe de contabilidad a la siguiente dirección:  
\_\_\_\_\_

Entiendo que el hospital debe proporcionar el informe de divulgaciones durante los próximos 60 días, o indicar que necesita 30 días adicionales (o menos) para prepararlo.

Tengo derecho a recibir un informe de divulgaciones en forma gratuita en cada período de 12 meses. Los informes adicionales tendrán un costo de \$\_\_\_\_\_ cada uno.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante legal)

Para obtener más información acerca de sus derechos de confidencialidad, lea "Notice of Privacy Practices" disponible en nuestra sede en la red en [insert web address] o en el [insert department name] del [insert hospital name] o puede enviarnos una solicitud por escrito a [insert address].

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja en el hospital o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja en el hospital, debe comunicarse con [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

*No se le aplicarán sanciones por presentar una queja.*

**NOTE:** The Secretary of DHHS published a Notice of Proposed Rule Making to implement the HITECH requirement regarding accounting of disclosures from an EHR [76 Fed. Reg. 31426 (May 31, 2011)]. The proposal also will change the requirements for accounting of disclosures from paper medical records. There is no estimated date for publication of the final regulation. When the provider is required to give patients an accounting of disclosures through an HER, the provider should revise this document. (See "Accounting of Disclosures From an EHR: New Law Coming.")