



STATE OF MISSOURI
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

INFORMACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRE DE LA PERSONA		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO		OTRA IDENTIFICACIÓN (p.ej. el DCN)
DIRECCIÓN		
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		
NOMBRE Y DIRECCIÓN PARA ENVIAR EL INFORME DE DIVULGACIONES (SI NO SI NO ES LA MISMA DE ARRIBA)		
NOMBRE		DIRECCIÓN
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		
SI LA PERSONA QUE SOLICITA NO ES LA MISMA PERSONA. INDIQUE EL PARENTESCO Y LA AUTORIDAD PARA HACER LA SOLICITUD.		
La persona es: <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Incompetente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Difunto		
Autoridad: <input type="checkbox"/> Padre con custodia <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Albacea del patrimonio del difunto		
<input type="checkbox"/> Poder notarial para servicios médicos <input type="checkbox"/> Representante legal autorizado		

LAPSO DE TIEMPO SOLICITADO

Desearía un informe de todas las divulgaciones para el siguiente período de tiempo. **Nota:** El período de tiempo máximo que puede solicitar es de hasta seis años antes de la fecha de su solicitud.

DESDE	HASTA
-------	-------

COSTO

No se cobra por el primer informe solicitado en un período de 12 meses.

Para las solicitudes posteriores en el mismo período de 12 meses, el costo es \$ _____ .

Entiendo que:

☐ No hay costo por esta solicitud. ☐ Hay un costo por esta solicitud por la cantidad que se especifica arriba y deseo continuar.

TIEMPO DE RESPUESTA

Entiendo que recibiré el informe que he solicitado dentro de 60 días, a menos que me notifiquen por escrito que es necesaria una extensión de hasta 30 días.

FIRMA DEL INDIVIDUO O SU REPRESENTANTE PERSONAL	FECHA
---	-------

PARA USO EXCLUSIVO DE DSS

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ LA SOLICITUD	FECHA DE ENVÍO DEL INFORME
EXTENSIÓN SOLICITADA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SE AVISÓ POR ESCRITO A LA PERSONA EN ESTA FECHA
FIRMA DEL OFICIAL DE PRIVACIDAD DE DSS O SU REPRESENTANTE	

Presente este formulario a: DSS Privacy Officer, PO Box 1527, Jefferson City, MO 65102