



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

MO 886-4453S (11-2024)