



**CHILDREN'S MEDICAL CENTER**  
 1935 Medical District Drive • Dallas, Texas 75235  
 7609 Preston Road • Plano, Texas 75024  
 Dallas (214) 456-7000 Legacy (469) 303-7000

ROIF  
 CMC52706-001NS Rev. 6/2009

**Solicitud de lista detallada de divulgaciones de información de salud**

N.º de expediente medico: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Solicito que se expida una lista detallada de divulgaciones del paciente arriba citado. Comprendo que puede haber un cargo por la expedición de dicha lista. Estoy enterado de que el lapso máximo que puede solicitarse es de seis (6) años, previos a la fecha de la solicitud. La lista detallada se proporcionará dentro de sesenta (60) días contados a partir de la fecha en que se reciba la solicitud, a menos que me informen por escrito que se necesita una extensión de hasta treinta (30) días.

**PERIODO QUE ABARCA LA LISTA DETALLADA DE DIVULGACIONES**

Solicito una lista detallada de toda divulgación hecha en el siguiente periodo de tiempo: **De:** \_\_\_\_\_ **A:** \_\_\_\_\_

Sírvase enviar la lista detallada de divulgaciones a la persona y dirección siguientes:

Nombre \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, Estado, código postal) \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_  
 Paciente o representante legal

Nombre del paciente o su representante legal en letra de molde \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY PERSON PROCESSING REQUEST  
 (ESTA PARTE LA LLENARÁ LA PERSONA OUE PROCESE LA SOLICITUD)**

Date received: \_\_\_\_\_ Received by: \_\_\_\_\_ Dept: \_\_\_\_\_  
 (Recibida el) (Recibida por) (Depto.)

Fee for first request in a rolling 12-month period: No change Fee for subsequent requests: \_\_\_\_\_  
 (Cargo por la primera solicitud en un periodo de 12 meses consecutivos: Ninguno) (Cargo por solicitudes posteriores)

Date accounting sent: \_\_\_\_\_ Date extension requested: \_\_\_\_\_  
 (Fecha de envío de la lista) (Fecha de solicitud de extensión)

Reason for extension: \_\_\_\_\_  
 (Motivo de la extensión)