

## Solicitud para Recibir un Reporte de las Divulgaciones sobre la Información de la Salud

**Por favor complete y regrese este formulario a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.**

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.  
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____ <small>(Primer Nombre, Segundo, Apellido)</small>	Fecha de Nacimiento del Cliente _____
Dirección del Hogar del Cliente _____	
Dirección para el Correo del Cliente (si es diferente) _____	
Teléfono del Cliente _____	
Nombre del Solicitador (si no es el cliente) _____	
Teléfono del Solicitador _____ Número de Fax del Solicitador (opcional) _____	
<i>Por favor anote a dónde le gustaría que enviemos nuestra respuesta a su pedido.</i>	
Nombre _____	
Dirección _____	

¿Qué período de tiempo desea que cubra el Reporte de Divulgaciones? \_\_\_\_\_

**(No puede ser por más de 6 años desde la fecha solicitada.)**

El primer Reporte de las Divulgaciones sobre la Información de la Salud que se le provee en el espacio de un año (de enero a diciembre) es sin costo alguno. El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho puede imponer un cobro razonable, basado en el costo, por cada solicitud subsiguiente de un reporte para usted dentro de ese mismo año. El Departamento le notificará por adelantado sobre el cobro y le dará la oportunidad de retirar o de modificar su solicitud, para recibir un reporte subsiguiente, para evitar o reducir el cobro.

**El Departamento le avisará por escrito si no puede responder a su solicitud dentro de 10 días.**

Si esta solicitud está siendo hecha por otra persona y no por el sujeto de la información, por favor describa y provea documentación de su autoridad para solicitar un reporte de las divulgaciones sobre la información de la salud para esa persona

\_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

**Su firma debe estar notariada si usted presenta esta solicitud por fax, correo aéreo o correo electrónico y no podemos verificarla con la información que ya está en el archivo.**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo un Notario Público, por la presente certifico que en este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_, la persona de arriba, siendo primero debidamente jurada, apareció ante mí y firmó el previo documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

Notario Público residiendo en \_\_\_\_\_

Mi comisión expira \_\_\_\_\_

**For DHW Office use only**

ID Provided \_\_\_\_\_

Form Complete \_\_\_\_\_

Authority:

Accessing own records \_\_\_\_\_

Documentation Attached \_\_\_\_\_

Not Required \_\_\_\_\_