



Release of Information
11000 E. 45th Avenue, Denver, CO 80239-3004

Phone: 303-404-4700
Fax: 303-404-4750

SOLICITUD PARA EXPLICACIÓN DE REVELACIONES

Instrucciones: Pacientes deben presentar una solicitud por escrito para obtener una explicación de revelaciones. Este formulario también se puede usar para un padre o guardián legal queriendo obtener una explicación de revelaciones de información confidencial de la salud de un paciente menor de edad. La primera explicación de revelaciones durante un periodo de doce meses es gratuito. Cualquier otra explicación de revelaciones durante el mismo periodo de doce meses costará \$25 cada una. A Kaiser Permanente se le permite 60 días para dar respuesta a ésta solicitud. (Envíe el formulario al Departamento de Entrega de expedientes.)

Número de identificación de Kaiser Permanente _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____ Teléfono: _____

Especifique el periodo de tiempo de _____ a _____

Los recogeré. Llámame al _____ cuando estén listos.

Dirección postal del paciente si la explicación de revelaciones se enviará por correo:

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado

Fecha

Nombre del Representante del Paciente (Letra de molde) y relación
(Favor de incluir documentos indicando autorización legal)

Fecha

Verificación de identificación con fotografía _____

Verificado por _____