



As a patient of a Baptist Health facility, you may receive an accounting of disclosures of your health information for purposes other than treatment, payment for care, or administrative activities. To request such an accounting, you must complete this form and return it to the Baptist Health Privacy Office or the Office of Patient Experience of a Baptist Health facility at the addresses specified in our notice of privacy practices. This request applies only to the Baptist Health facility that you list below. If you would like to receive an accounting from more than one facility, you must complete a separate form for each facility. You may contact the Baptist Health Privacy Office at 786-596-8850 or via e-mail at Privacy@BaptistHealth.net.

Please provide the following information:

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Account#: _____

Last four digits of Social Security Number: _____ Phone #: _____

Address: _____

Baptist Health facility from which I am requesting an accounting of disclosures:

- Baptist Hospital of Miami
- West Kendall Baptist Hospital
- Baptist Outpatient Services
- Bethesda Hospital East
- Baptist Health Medical Group
- South Miami Hospital
- Miami Cancer Institute
- Mariners Hospital
- Bethesda Hospital West
- Other: _____
- Doctors Hospital
- Fishermen's Community Hospital
- Boca Raton Regional Hospital
- Baptist Health Medical Group North
- Homestead Hospital

Please specify the dates to which the accounting applies. You may not request an accounting of disclosures made before April 14, 2003 or disclosures made more than six years prior to the date of your request. We will provide only disclosures occurring after the date of your last request for an accounting.

Signature of patient or personal representative

Date

If personal representative, authority to act on behalf of patient





Como paciente de un centro de Baptist Health, usted puede recibir una relación de divulgaciones sobre su información de salud con los propósitos de otro tratamiento, pago por atención o actividades administrativas. Para solicitar tal relación, debe completar este formulario y devolverlo a la Oficina de Privacidad de Baptist Health o a la Oficina de Experiencia del Paciente de Baptist Health en las direcciones especificadas en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Esta solicitud aplica solamente al centro de Baptist Health que usted enumere a continuación. Si usted desea recibir una relación para más de un centro, debe completar un formulario separado para cada centro. Puede comunicarse con la Oficina de Privacidad de Baptist Health al 786-596-8850 o por correo electrónico a Privacy@BaptistHealth.net.

Por favor bríndenos la siguiente información:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de cuenta: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Centro de Baptist Health del cual está solicitando la relación de divulgaciones:

- Baptist Hospital of Miami
- West Kendall Baptist Hospital
- Mariners Hospital
- Bethesda Hospital East
- Baptist Health Medical Group
- South Miami Hospital
- Miami Cancer Institute
- Baptist Outpatient Services
- Bethesda Hospital West
- Otro: _____
- Doctors Hospital
- Fishermen's Community Hospital
- Boca Raton Regional Hospital
- Baptist Health Medical Group North
- Homestead Hospital

Por favor especifique las fechas a las cuales aplica la relación. No puede solicitar una relación de divulgaciones hechas antes del 14 de abril, 2003 o divulgaciones hechas más de seis años antes de la fecha de su solicitud. Le brindaremos solamente las divulgaciones que ocurrieron después de la fecha en que por última vez solicitó una relación.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Si es un representante personal, autoridad para actuar a nombre del paciente.

