

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS  
CALLIER CENTER FOR COMMUNICAITON DISORDERS

**SOLICITUD DE CONTABILIDAD DE DIVULGACIONES**

UT Dallas Callier Center reconoce el derecho de un individuo a solicitar un informe de ciertas divulgaciones realizadas con respecto a información médica.

---

Solicitante: \_\_\_\_\_ Teléfono diurno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

Período de tiempo durante el cual abarcará la contabilidad:

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

*Nota: La fecha de inicio no puede ser anterior a más de 6 años antes de la fecha de firma de este formulario.*

A menos que se indique lo contrario en este documento, entiendo que el informe me será enviado por correo a la dirección que figura a continuación. Entiendo que tengo derecho a mi primera contabilidad en cualquier período de 12 meses sin cargo, pero que cualquier contabilidad adicional solicitada puede estar sujeta a una tarifa basada en el costo. También entiendo que, si se impondrá una tarifa, se me notificará el monto y tendrá la oportunidad de retirar o modificar mi solicitud antes de recibir la contabilidad e incurrir en la tarifa.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la solicitud está firmada por un Representante personal del individuo:

Nombre impreso del Representante personal: \_\_\_\_\_

Autoridad del representante para actuar en nombre del individuo: \_\_\_\_\_

Si lo firma un Representante legal de la persona, tenga en cuenta que debemos verificar que usted es el representante legal de esta persona a los efectos de presentar esta Solicitud. Adjunte cualquier documento que respalde esta autoridad (poder notarial, orden judicial, etc.). Como representante de esta persona, ¿podemos comunicarnos con usted a la dirección, al correo electrónico o al número de teléfono que figuran arriba?

De lo contrario, proporcione su dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono a continuación:

---

---

---

Este formulario debe dirigirse a:

**Oficial de Privacidad de HIPAA  
UT Dallas Callier Center**  
1966 Inwood Road  
Dallas, TX 75235

**Para uso exclusivo de Callier Center**

Persona que procesa la solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción de la solicitud: \_\_\_\_\_

Plazo para responder: \_\_\_\_\_

¿Plazo extendido?  No

Sí Razón: \_\_\_\_\_

Nuevo plazo para responder: \_\_\_\_\_

Fecha de envío de la contabilidad: \_\_\_\_\_