

**Yale University School of Medicine  
Cuenta de Revelaciones  
Accounting for Disclosures Response**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha que el paciente hizo solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Periodo de Revelación Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Por el periodo especificado no hubo revelaciones aplicables sobre su información de salud.

Una extensión es necesaria para procesar su solicitud.

Razon: \_\_\_\_\_

Fecha dentro de la cual la cuenta de revelaciones le será proveída: \_\_\_\_\_

Revelaciones de información de salud suya fueron hechas por esta oficina a:

Fecha de Revelación (Date of Disclosure):	Nombre y Dirección de Persona a quien revelación fue hecha	Descripción de la información cual fue revelada	Propósito de revelación

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta cuenta de revelaciones, por favor de contactar al:

Oficial de Privacidad  
Universidad de Yale  
PO Box 208337  
New Haven, CT 06520  
203-436-3650  
dirección electrónica: [hipaa@yale.edu](mailto:hipaa@yale.edu)

PRINT NAME OF PRIVACY OFFICIAL: \_\_\_\_\_

SIGNED: \_\_\_\_\_ Date Mailed: \_\_\_\_\_

For Office Use Only:

Type of Request	Processed Date	Fee Collected	Initials
Initial			
Subsequent within 12 months			
Subsequent within 12 months			