

**Escriba en letra de imprenta:**

Primer nombre:		Apellido:		Inic. 2do nombre:		Fecha de nacimiento:		
Dirección:				Apto. #:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número(s) de teléfono:				Dirección de correo electrónico preferida:				

*En su calidad de paciente de los servicios de atención médica de NYBC puede recibir un informe de las divulgaciones sobre su salud que se hayan efectuado con fines no relacionados con tratamientos, pago de atención médica, o actividades administrativas. Tenga en cuenta que es posible que se le cobre un cargo si solicita más de un informe de divulgaciones en un lapso de 12 meses. Se le notificará con antelación si incurre en tales cargos de procesamiento.*

Indique las fechas a las que se aplica el informe:	Fecha inicial:	
	Fecha final:	
Paciente/Agente/Representante (legal)/Albacea* (Firma):		Fecha:
Nombre en letra de imprenta de la persona que firma este formulario:	Facultad para firmar en nombre del paciente o relación con el paciente (si corresponde):	

*\*Debe obtenerse la firma del paciente, salvo que este sea un menor de 18 años no emancipado o no esté en capacidad de tomar decisiones médicas.*

Envíe el formulario completo a:  
 New York Blood Center  
 Atención: Privacy Officer  
 310 East 67<sup>th</sup> St  
 New York, NY 10065

Por **fax**:  
 516-478-5040  
 Por **correo electrónico**:  
 PrivacyOfficer@nybc.org

**Lo debe completar el Funcionario de privacidad de NYBC o el Proveedor de atención médica**

Firma:		Fecha:	
Nombre en letra de imprenta:		Cargo:	