



## Solicitud para el informe de las revelaciones

### *Información del suscriptor*

*(Escriba con letra de imprenta)*

Esta sección se debe llenar con la información específica de la persona. Se debe indicar un número o dirección de contacto en caso de que sea necesario obtener información adicional o aclaraciones.

Fecha: \_\_\_\_\_ ID del suscriptor: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección electrónica (Email): \_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho de recibir un informe de las revelaciones que Davis Vision o sus asociados comerciales han hecho de la información médica protegida sobre usted (a) sin su permiso (tanto si es mediante un contrato informal o una autorización firmada) según lo permita la ley, (b) al Departamento de Servicios Humanos y de la Salud para fines de cumplimiento de la privacidad o (c) conforme a un permiso legal expreso que Davis Vision obtuvo antes del 14 de abril de 2003. El período de los informes es de 6 años anteriores a su solicitud, excepto cuando usted no tenga derecho al informe de las revelaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003 que es la fecha de cumplimiento, bajo las reglas federales sobre privacidad. Usted no tiene derecho al informe de las revelaciones de Davis Vision o sus asociados comerciales (a) realizadas con fines de tratamiento, para obtener el pago para ese tratamiento o por cuestiones de atención a la salud (inclusive ciertas revelaciones por el pago o cuestiones de otros), (b) a usted o a su representante personal, (c) realizadas conforme a su autorización o contrato informal, (d) como parte de una base de datos limitada, (e) realizadas de improviso a una revelación permisible o (f) para objetivos de seguridad nacional o inteligencia o a ciertas agencias de las fuerzas del orden. Usted tiene derecho a un informe de las revelaciones gratuito cada 12 meses. Para cada informe adicional durante el mismo período de 12 meses, le cobraremos un honorario basado en el costo.

Para solicitar un informe de las revelaciones, llene y envíe esta solicitud por fax o por correo a:

Davis Vision – Privacy Office  
P.O. Box 1416  
Latham, NY 12110-1416  
Fax: 1-866-999-4640

Si tiene alguna pregunta, necesita información adicional o ayuda para llenar su solicitud, tenga la bondad de contactar la Oficina a cargo de privacidad (Privacy Office) de Davis Vision al 1-800-571-3366 o a la dirección indicada anteriormente.

Solicito un informe de las revelaciones contabilizadas de información médica protegida sobre mí realizadas dentro de 6 años anteriores a la fecha de esta solicitud (a excepción de que no sean anteriores a su fecha de cumplimiento bajo las reglas federales de privacidad). Tengo entendido que tengo derecho a un informe de las revelaciones gratuito cada 12 meses.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*(Persona que concede la autorización)*

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del titular, llene lo siguiente:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_  
*(Escriba con letra de imprenta)*

Descripción de la autoridad del representante personal: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, GUARDE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD PARA RECIBIR INFORMES DE LAS REVELACIONES PARA SU EXPEDIENTE**