

SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIONES

Fecha de la solicitud:	
Nombre del miembro:	Apellido del miembro:
Número de ID de SFHP:	Fecha de nacimiento:
Dirección postal del miembro:	
La información debe ser divulgada por: San Francisco Health Plan P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119	
Me gustaría recibir un informe de las divulgaciones realizadas en el siguiente periodo:	
Desde:	Hasta:
Si solamente necesita un informe de cierto(s) tipo(s) de divulgación o divulgaciones a una persona/organización específica, describa las divulgaciones de las cuales se solicita el informe:	
<i>Entiendo que se me proporcionará el informe dentro de los 60 días a partir de la fecha de esta solicitud, a menos que SFHP amplíe el plazo por un periodo adicional de 30 días y me proporcione una declaración escrita con el(los) motivo(s) de la demora y la fecha en la que puedo esperar recibir el informe. Autorizo a SFHP para llamarme si hay preguntas sobre esta solicitud.</i>	
Firma del paciente o su representante personal (Si es un representante personal, indique su relación con el paciente):	Fecha:
Número de teléfono:	

FOR SFHP USE ONLY	
Date Received:	Date Sent:
Name of SFHP Employee Processing Request:	Title:

Puede solicitar este documento en otros formatos, como braille, letra grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda con la lectura de este documento y otros materiales de SFHP, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o al número de llamada gratuita al **1(800) 288-5555**. Si tiene deficiencias auditivas, llame al **711** para TTY.