



FORMATO DE SOLICITUD PARA EL ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del cliente: _____
Apellido Paterno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____ Si el cliente tiene 18 años o más, deberá presentar él mismo su solicitud.

Número telefónico principal: _____ Número telefónico alternativo: _____

- 1) Por medio del presente, solicito al *Child & Family Center* (C&FC por sus siglas en inglés) me proporcione
- acceso a la “información solicitada”
 - una copia de la “información solicitada” marcada a continuación:

2) Información solicitada:

- mi expediente médico
- mi registro de facturación
- cualquier otra información de carácter personal que ha usado el C&FC para tomar decisiones médicas sobre mi persona

Más detalles respecto a la información solicitada: _____

3) Por favor, indique el tipo de copias:

- Me gustaría recibir la información solicitada en forma de resumen preparado por el C&FC.
- Solo me interesa tener acceso a, u obtener una copia de, la información solicitada comprendida dentro del periodo entre _____ y _____.
- Deseo acceder a, u obtener una copia de, toda la información solicitada en poder del C&FC.

4) Por favor, entregue la información solicitada:

- impresa en papel
- a través de algún medio electrónico
- por correo electrónico

5) Me gustaría que la información solicitada:

- esté disponible para recogerla o consultarla a una hora y en un lugar conveniente para ambas partes
 - sea enviada por fax al número indicado a continuación
 - me sea enviada por correo a la dirección indicada a continuación
 - sea enviada a un tercero o la entidad a la dirección indicada a continuación
 - sea enviada por correo electrónico a la dirección de correo electrónico indicada a continuación
- El encargado de los registros deberá enviar los mensajes de correo electrónico a través de un sistema de mensajería seguro.***

Nombre del destinatario: _____

Dirección postal: _____

Correo electrónico: _____

Número de fax: _____



FORMATO DE SOLICITUD PARA EL ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Entiendo que cualquier información que se me proporcione en virtud de la presente solicitud no incluirá información recopilada con anticipación respecto a (o para su uso en) un procedimiento civil, penal o administrativo o que pudiera estar restringida o reservada por la legislación vigente. Entiendo que el C&FC podría denegar, parcial o totalmente, la presente solicitud bajo ciertas circunstancias limitadas previstas en las leyes federales y de California que protegen la privacidad de la información médica. Asimismo, entiendo que, en caso de que mi solicitud sea denegada, excepto que se permita lo contrario conforme a la legislación vigente, yo tengo el derecho de que un profesional de la salud debidamente acreditado, elegido por el C&FC y que no haya participado en la decisión de rechazar mi solicitud, revise mi solicitud denegada.

Entiendo que el C&FC podría hacerme un cargo por las copias realizadas de mi información médica. El pago correspondiente será de **.25¢** por página para copias en papel o fax. El C&FC le hará saber si le corresponde el pago de dichos cargos al momento en que se le notifique de la aprobación o denegación de su solicitud para acceder a los expedientes.

Entiendo que el C&FC me notificará su decisión de aceptar o rechazar mi solicitud para acceder a los expedientes dentro de cinco (5) días hábiles. En caso de que sea aceptada, recibiré la información solicitada dentro de los siguientes quince (15) días posteriores a la recepción de mi solicitud.

Entiendo que, si solicito un resumen, se me dará la oportunidad de examinar y obtener una copia del mismo dentro de los siguientes diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de mi solicitud. En caso de que el C&FC requiera de tiempo adicional para preparar dicho resumen debido al volumen del expediente o por que el cliente fue dado de alta de un centro de salud autorizado dentro de los diez (10) días anteriores a que se hiciera la solicitud, se me notificará de dicha situación y el C&FC podría tomar hasta treinta (30) días a partir de la fecha de mi solicitud para proporcionarme el resumen.

Entiendo que debo entregar una fotocopia de una identificación válida con el fin de verificar mi autoridad para solicitar el acceso a mi expediente o al de mi hijo(a).

Una vez que usted haya completado el presente formato e incluya una fotocopia de una identificación válida, por favor, devuélvalo a un miembro de nuestro personal o al encargado de los expedientes ya sea vía correo postal o fax a la siguiente dirección: *Custodian of Records, Child & Family Center, 21545 Centre Pointe Pkwy, Santa Clarita, CA 91350.* (Fax: 661-259-9658)

Nombre del cliente (impreso)	Firma del cliente	Fecha
Nombre del representante autorizado	Firma del representante autorizado	Fecha
Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guarda	<input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Apoderado

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL (STAFF ONLY)

Name of Staff who Received Request: _____
Copy of Identification is included? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type of ID: _____
Copy Provided to Client? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No