



# FORMATO DE SOLICITUD DE EXPEDIENTE

21545 Centre Pointe Parkway, Santa Clarita, CA 91350 • Teléfono: (661) 259-9439 • FAX: (661) 259-9658  
RecordRequests@childfamilycenter.org

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Si el cliente es mayor de 18 años, deberá presentar él mismo su solicitud.

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono adicional: \_\_\_\_\_

### 1. Elija el formato en que le gustaría recibir la información:

Resumen de tratamientos, servicios y progreso (incluyendo la información seleccionada a continuación)  
Nota: Un resumen escrito puede tardar hasta diez (10) días hábiles en completarse.

Copias de los documentos incluidos en mi expediente (seleccionados a continuación)  
Nota: Las copias de los documentos pueden tardar hasta quince (15) días hábiles en proporcionarse.

### 2. Elija la información que está solicitando:

- asistencia  resumen de alta (metas)  evaluación psiquiátrica
- valoraciones/evaluaciones  información financiera  informe de pruebas psicológicas
- plan de atención/tratamiento del cliente  información de seguros  información sobre el uso de sustancias
- diagnóstico  medicamentos  resultados/estudios de laboratorio
- información sobre la violencia doméstica
- todo el expediente entre las fechas de servicio desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.
- otro (especifique): \_\_\_\_\_

Información adicional respecto a la información solicitada: \_\_\_\_\_

### 3. Me gustaría que la información solicitada:

- esté disponible para recogerla o consultarla en el Child & Family Center
  - impresa en papel  a través de algún medio electrónico (tal como una memoria USB, un CD, etc.)
- esté disponible electrónicamente en el Portal del Cliente en: <https://childfamily.exymengage.com>  
Nota: El acceso al portal requiere un correo electrónico y un número de teléfono móvil. Se proporcionarán instrucciones.
- sea enviada por fax a:  
Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_
- sea enviada por correo a:  
Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_
- sea enviada por correo electrónico a:  
Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
(se enviará la información a través de un sistema de correo electrónico seguro)

### AUTORIZACIÓN

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



## FORMATO DE SOLICITUD DE EXPEDIENTE

21545 Centre Pointe Parkway, Santa Clarita, CA 91350 • Teléfono: (661) 259-9439 • FAX: (661) 259-9658  
RecordRequests@childfamilycenter.org

estar restringida o reservada por la legislación vigente. El C&FC no volverá a compartir información de un tercero (información que recibe de parte de una agencia o proveedor externo).

Entiendo que el C&FC podría denegar la presente solicitud, parcial o totalmente, bajo ciertas circunstancias 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 bajo 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. 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 ser aceptada, recibiré la información solicitada dentro de los siguientes quince (15) días posteriores a mi solicitud.

**Resumen de tratamientos/servicios:** Entiendo que, si solicito un resumen por escrito, se me dará la oportunidad de revisar y obtener una copia del mismo dentro de los siguientes diez (10) días hábiles de mi solicitud. En caso de que el C&FC requiera de tiempo adicional para preparar dicho resumen debido a que el expediente tiene una extensión fuera de lo común 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

**Copias:** 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 existen cargos adicionales aplicables al momento en que se le notifica de la aprobación o denegación de su solicitud para acceder a los expedientes.

**Identificación válida:** Entiendo que debo entregar una fotocopia de una identificación válida para verificar mi autoridad para solicitar acceso a los registros.

Una vez que usted haya completado el presente formato entréguelo con una fotocopia de una identificación válida a un miembro de nuestro personal o al Guardian de los archivos. También puede enviarlo vía correo postal, fax o correo electrónico a:

Custodian of Records, Child & Family Center, 21545 Centre Pointe Parkway, Santa Clarita, CA 91350  
FAX: (661) 259-9658, [RecordRequests@childfamilycenter.org](mailto:RecordRequests@childfamilycenter.org)

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

### PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Miembro del personal que recibió la solicitud: _____
Copia de identificación adjunta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Tipo de identificación: _____
Se le entrega copia al cliente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No