

**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud del Comportamiento**

Solicitud de Acceso a los Registros Médicos

(Retornar el formulario completo a: OFICINA DE REGISTROS MÉDICOS, 850 E. FOOTHILL BLVD, RIALTO, CA 92376)

Diseminación de información para:

Domicilio:

Número de Teléfono: _____ Fax (Opcional): _____

Si usted no es el consumidor, su relación con dicha persona es*:

***Por favor provea copia de documentación de carácter legal, orden de la corte o documento notariado junto con esta solicitud de ser aplicable.**

INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

Nombre: _____ Nombre de Soltera (de ser aplicable) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento del Consumidor: _____ SSN # (Opcional): _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SOLICITUD DE ACCESO/COPIA

Deseo:

Acceso (leer y revisar)

Recibir una copia

Recibir un resumen

**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud del Comportamiento**

Describa la información a la cual desea acceder:

- Diagnóstico Pronóstico Notas de Progreso Medicación
 Efectos Colaterales de la Medicación Fechas de Tratamiento
 Evaluación/Valoración Informes de Laboratorio Evaluaciones de la Historia Clínica
 OTRA:

Por favor especifique en caso de "otra" información y el propósito para el cual se necesita:

Fecha(s) de la información que desea acceder (por ej.: fecha de la visita al consultorio, tratamiento, u otros servicios de atención de salud).

Desde: _____ Hasta: _____

- Le informaremos acerca del costo de las copias antes de realizarlas y verificar que usted acepta dichos cargos.
¿Cómo desea ser informado(a)? (elija una opción): teléfono carta
- En circunstancias excepcionales, tal vez lo(a) notifiquemos dentro de 15 días en caso que sea necesario un tiempo extra para responder a su solicitud.
- En circunstancias específicas, puede recibir una negativa de acceso a su PHI, o a una porción de ella.
- En el caso que neguemos dicho acceso, le devolveremos este formulario con las razones de la negativa por escrito, junto con la explicación de sus derechos de revisión.

Firma del <input type="checkbox"/> consumidor o <input type="checkbox"/> representante legal	Fecha
Testigo	Fecha

**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud del Comportamiento**

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CONSUMIDOR

El médico tratante, psicólogo, LCSW o LMFT firmará en caso de necesitarse aprobación de acuerdo a la Ley Lanterman-Petris-Short (Código Sección 5328 W&I). Código 42 de las Normativas Federales, Parte 2.

Por favor copie/imprima en papel blanco solamente.