

PETICIÓN DE ACCESO A INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Por favor envíe esta solicitud a medicalrecords@summitstonehealth.org

Nombre del Cliente (en letra de imprenta) _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de registro _____

Forma de Información Protegida de Salud solicitado:

<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Fechas de asistencia	<input type="checkbox"/> Ingesta medica
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento	<input type="checkbox"/> Datos demográficos
<input type="checkbox"/> Notas de empleo/hogar	<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Notas de avance psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Notas de progreso de terapia*	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resumen de alta medica

**estas notas pueden contener información medica sensible y pueden requerir una cita con un terapeuta antes de la liberación.*

Otro: _____

Marco de tiempo de información solicitado:

Fecha(s) de servicio: _____ tú _____

SummitStone Health Partners (“SummitStone”) aprobará o denegará esta solicitud en un plazo de 30 días a partir de la recepción de este formulario debidamente cumplimentado. SummitStone puede extender este período de 30 días, si es necesario, y se le notificará si ese es el caso. SummitStone requiere que el individuo autorizado que solicita la información Protegida de Salud muestre identificación con foto al recibir la información solicitada. Las notas sobre el progreso de la terapia pueden contener información confidencial de salud y puede ser necesario realizar una reunión con un terapeuta antes de divulgarlas.

Elijo el siguiente método de acceso al registro médico:

Obtener copias del expediente médico disponibles para mí, y estoy de acuerdo en pagar los cargos por copia, que no deben exceder \$18.53 para las primeras diez páginas o menos, \$0.85 por página para las páginas 11-40, y \$0.57 por página para cada página adicional. Si me lo envían por correo, acepto pagar el costo adicional de franqueo.

Recibir sólo copias electrónicas, y estoy de acuerdo en pagar la tarifa fija de \$6.50.

Recibir copias electrónicas a través de correo electrónico cifrado, y estoy de acuerdo en pagar la tarifa fija de \$6.50. **Se requiere una copia de su identificación con foto en el momento de la solicitud.**

o Correo electrónico: _____

o Esta incluida copia de identificación con foto si no

Firma del cliente o tutor legal del cliente

Fecha

Si no es cliente, escribir el nombre

Relación con el cliente

Dirección Postal:

Número de Teléfono: _____

¿Podemos dejar mensaje? _____