



## PETICIÓN DE ACCESO A INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Por favor envíe esta solicitud a [medicalrecords@summitstonehealth.org](mailto:medicalrecords@summitstonehealth.org)

Nombre del Cliente (por favor imprima) \_\_\_\_\_

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 médica delicada y pueden requerir una cita con un terapeuta antes de ser entregadas.

Otro: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de servicio: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

SummitStone Health Partners (“SummitStone”) aprobará o negará esta solicitud en un plazo de 30 días a partir de la recepción de este formulario. 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 solo copias electrónicas en una unidad flash.
- Obtener solo copias electrónicas a través de correo electrónico cifrado. **Se requiere una copia de su identificación con foto en el momento de la solicitud.**

- Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Esta incluida copia de identificación con foto  sí  no

Para obtener copias impresas, comuníquese con el departamento de registros médicos a [medicalrecords@summitstonehealth.org](mailto:medicalrecords@summitstonehealth.org) o llame al 970.494.9760

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o Guardián legal del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
*Si no es cliente, escribir el nombre*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el cliente*

Dirección Postal:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar mensaje? \_\_\_\_\_