



CONDADO DE PLACER

SOLICITUD DE ACCESO A REGISTROS DE SALUD

(Para uso de clientes del HHS que soliciten acceso a sus propios registros de salud.)

Paciente/Cliente Información de Identificación		
APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:
FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE CASO:	
Organización Que Proporciona la Información		
<small>[45 C.F.R. § 164.522-164.528]</small>		
TITULAR DE REGISTRO:	LUGAR DE REGISTRO:	
FECHA DE SOLICITUD:		

Por la presente solicito lo siguiente:

- Ver mi registro
- Recibir una copia en papel de mi registro
- Recibir un archivo electrónico de mi registro en la forma y formato indicados aquí:

Si es aprobada, se programará una fecha, hora y lugar acordados. Si la forma electrónica y el formato solicitados no pueden ser producidos fácilmente por el Condado de Placer en la forma y el formato solicitados, entonces el Condado de Placer proporcionará una forma electrónica y formato legible según lo acordado.

(continúa en las páginas siguientes)

Nombre del Paciente/Cliente: _____ Número de Caso/ID de Cliente: _____

**Solicito acceso y/o una copia (como se indica anteriormente)
de la siguiente información de salud:**

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mi Registro Completo | <input type="checkbox"/> Mi Diagnóstico (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Sólo Mis Registros Médicos | <input type="checkbox"/> Mi Asistencia al Tratamiento/Participación |
| <input type="checkbox"/> Mi Historial Social/Médico/Legal | <input type="checkbox"/> Mi Información de Restricción de Aislamiento |
| <input type="checkbox"/> Sólo Mis Registros de Vacunación | <input type="checkbox"/> Sólo mis Registros de Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Mis Resultados de la prueba de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Mi plan de Tratamiento Individual |
| <input type="checkbox"/> Mi Resultado de Prueba/Análisis
(especifique, ej.: rayos X, ECG, laboratorios,
psicológico, análisis de orina): | <input type="checkbox"/> Mi Evaluación/Evaluación (especifique,
ej.: biosocial, psicológica, psiquiátrica): |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por Favor Especifique): | |
| <input type="checkbox"/> Por el siguiente período de tiempo: De: _____ Al: _____ | |

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

(Consulte la página 3 para obtener información sobre los derechos del cliente.)

Para Uso del Condado Solamente:

Aprobada	<input type="checkbox"/>	
Negada	<input type="checkbox"/>	Razón: _____
Retrasada	<input type="checkbox"/>	Razón: _____
Si se retrasa, actuaremos de acuerdo con su solicitud para: _____		
Comentarios: _____		
Firma del Personal del Condado de Placer: _____		Fecha: _____

Nombre del Paciente/Cliente:_____ Número de Caso/ID de Cliente:_____

Su Derecho al Acceso a Su Información de Salud:

- Tiene derecho a solicitar acceso, observar u obtener una copia en papel o electrónica de información sobre usted que se encuentra en los registros de salud del HHS.
- Tiene derecho a inspeccionar sus registros dentro de los 5 días hábiles y a recibir una copia dentro de los 30 días de esta **Solicitud**.
- Se le puede cobrar una tarifa, si ha accedido a la misma información en el último año.
- Su solicitud puede ser denegada si los profesionales involucrados en su caso creen que el acceso a su información podría ser perjudicial para usted u otros.
- Su solicitud puede ser denegada si su información de salud nos fue proporcionada por alguien que no sea un proveedor de médico, bajo la promesa de confidencialidad.
- El revisor debe decidir, dentro de un tiempo razonable, si aprueba o rechaza su solicitud. Usted recibirá una respuesta por escrito. La respuesta incluirá el motivo de la decisión.

Tiene derecho a presentar una queja sobre la privacidad:

Los individuos pueden presentar quejas sobre la privacidad ya sea con el Condado de Placer o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Las quejas sobre la privacidad pueden dirigirse a cualquiera de los siguientes:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Placer

Oficial de la Privacidad
3091 County Center Drive, Suite 290
Auburn, California 95603
Teléfono: (530) 886-3621
Fax: (530) 745-3135

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: (800) 368-1019
TDD: (800) 537-7697
FAX: (415) 437-8329