

**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud Mental**

Solicitud de acceso a expedientes médicos

(Devuelva el formulario completado a: MEDICAL RECORDS OFFICE, 850 E. FOOTHILL BLVD, RIALTO, CA 92376)

Para divulgar información a:

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____ Fax (opcional): _____

Si no es el consumidor, indique su relación con el consumidor*:

*** Si corresponde, adjunte a esta solicitud una copia de los documentos de nombramiento legal, orden judicial o testamento notariado.**

INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

Nombre: _____ Apellido de soltera (si corresponde) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento del consumidor: _____

Nro. de Seguro Social (opcional): _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD DE ACCESO/COPIA

Quiero: Acceder (leer y revisar) Recibir una copia Recibir un resumen

Sobre: Salud mental Trastorno por uso de sustancias (SUD)

Describa la información a la que quiera acceder:

Diagnóstico Pronóstico Notas de progreso Medicamentos Efectos secundarios de los medicamentos recetados

Fechas de tratamiento Evaluación/valoración Informes de laboratorio

Antecedentes médicos y evaluaciones

**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud Mental**

OTRA: Especifique la "otra" información y el propósito específico para el que se necesita:

Fechas de la información a la que quiera acceder (p. ej., fecha de visita al consultorio, tratamiento u otros servicios de atención médica)

Desde: _____ Hasta: _____

- Le informaremos el costo de su copia antes de hacerla y verificaremos que usted acepta pagarla.
Cómo quiere que se lo informemos (elija una opción): Teléfono Carta
- En circunstancias excepcionales, le notificaremos dentro de 15 días si necesitamos tiempo adicional para responder a su solicitud.
- En circunstancias específicas, podemos denegarle el acceso a su información médica protegida (PHI) o a una parte de su PHI.
- Si denegamos el acceso, le devolveremos este formulario con nuestras razones por escrito para denegarlo y le explicaremos sus derechos de revisión.

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

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CONSUMIDOR

El médico tratante, psicólogo, LCSW o LMFT firmará si se necesita aprobación conforme a la Ley Lanterman-Petris-Short (Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones [W&I] de California). Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2.

Copie/imprima únicamente en papel blanco.