

## SOLICITUD PARA ACCESO DE REGISTROS

**\*\*Esta forma debe ser completada por un paciente/cliente, o persona legalmente autorizada para actuar en nombre del cliente, cuando están solicitando acceso a sus propios registros médicos o clínicos.\*\***

Fecha: \_\_\_\_\_ # ID Del Cliente: \_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección de Envió: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Deseo obtener acceso a los siguientes tipos de registros:

Hospital West Springs                       Solo Medico (*Manejo de medicamento, Evaluación Diagnostica*)  
 Transiciones en West Springs             Solo Clínico (*Actualización de una Evaluación, terapia, notas DAP*)  
 Clínica Mind Springs Health               Facturación/ Financiamiento  
 Otro \_\_\_\_\_                                 Todos los Registros

Fechas de los servicios solicitados: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Esta es una solicitud fija para recibir actualizaciones en mis registros, válida por 6 meses:

(*Entiendo que debo notificar al departamento de Registros Médicos para recibir mis registros*) \_\_\_\_\_

Por favor de una breve explicación de su solicitud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando se le haya concedido acceso a sus registros, como le gustaría recibirlos?

En Persona     Correo Certificado     Unidad de Memoria USB Cifrada     Correo Electrónico Cifrado

Enviarlos a otra persona: \_\_\_\_\_  
(Usted debe que llenar una Autorización para esta opción!)

*Entiendo que en dadas circunstancias puede ser negada la habilidad de inspeccionar u obtener mis registros por completo o en parte, por riesgo potencial a mi o alguien más, o por razones permitidas legalmente. El departamento de Registros Médicos me informara por escrito cualquier decisión tomada para esta solicitud incluyendo tarifas, la razón por la negación ha acceso, y cualquier proceso de revisión al que tengo derecho.*

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Relación al cliente: \_\_\_\_\_

Nombre por Escrito: \_\_\_\_\_

**Horas de Procesamiento para Solicitudes de Registros: Lunes a Viernes 8:30-4:30**

**\*Por favor permita hasta 30 días para el procesamiento de sus registros médicos\***