



SOLICITUD DE ACCESO A EXPEDIENTE

Completar este formulario le da la oportunidad de solicitar acceso para ver y obtener una copia de su expediente. Existen algunas limitaciones.

Información del Paciente

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	
Teléfono:	Correo Electrónico:

Solicitud de Acceso

Estoy solicitando:

<input type="checkbox"/> Inspeccionar mi expediente	<input type="checkbox"/> Recibir mi expediente por correo electrónico encriptado
<input type="checkbox"/> Recibir un resumen de mi expediente	<input type="checkbox"/> Recibir mi expediente por correo electrónico sin encriptar*
<input type="checkbox"/> Obtener una copia impresa de mi expediente.	
<input type="checkbox"/> Obtener una copia impresa de mi expediente por correo.	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

**El envío de información por correo electrónico sin encriptar aumenta el riesgo de que personas no autorizadas tengan acceso. Al firmar este formulario, usted reconoce los riesgos asociados con el correo electrónico sin encriptar.*

Nota: En caso de que ICBHS apruebe su solicitud para inspeccionar su expediente, un representante de ICBHS se pondrá en contacto con usted para programar una cita antes de recibir una respuesta por escrito.

Estoy solicitando acceso a la siguiente sección de mi expediente:

Salud Mental:

<input type="checkbox"/> Evaluación(es)	<input type="checkbox"/> Plan de cuidado	<input type="checkbox"/> Lista de problemas	<input type="checkbox"/> Notas clínicas
<input type="checkbox"/> Resumen de terminación de servicios	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Historial de asistencia a servicios			
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

Trastornos Por Uso de Sustancias:

<input type="checkbox"/> Evaluación(es)	<input type="checkbox"/> Plan de cuidado	<input type="checkbox"/> Lista de problemas	<input type="checkbox"/> Notas clínicas
<input type="checkbox"/> Resumen de terminación de servicios	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Historial de asistencia a servicios			
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de detección de drogas	<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba del VIH		
<input type="checkbox"/> Resultados de prueba de tuberculosis			
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

Estoy solicitando acceso a mi expediente durante el siguiente periodo de tiempo:

De: _____ Para: _____

Firma

_____	_____
Firma del Cliente/Representante Personal*	Fecha
*Si firma una persona distinta del cliente, escriba su nombre y especifique su relación con el cliente:	
_____	_____
Nombre	Relación

