

**IMPERIAL COUNTY
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES
202 N. EIGHTH STREET
EL CENTRO, CA 92243**

SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIONES

El llenar esta forma le da la oportunidad de solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su información médica protegida hechas por Salud Mental del Condado de Imperial por el período específico solicitado. Para poder responder de una manera más eficaz, favor de llenar esta forma totalmente.

Si está enviando esta forma por correo, favor de enviarla a: Imperial County Behavioral Health, c/o Privacy Officer, 202 N. Eighth St., El Centro, CA 92243.

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Fecha:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Ciudad/Código Postal:	Teléfono:

SOLICITUD PARA UN INFORME DE DIVULGACIONES

Deseo que Salud Mental del Condado de Imperial me informe de la información médica protegida que divulgó durante el siguiente período.

Desde: _____ Hasta: _____
(Nota: el período no debe abarcar más de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de Abril del 2003.)

Deseo un informe de las divulgaciones en la siguiente forma:

- En papel En forma electrónica
- Favor de enviar mi informe al siguiente domicilio (escriba una dirección de correo electrónico si ha solicitado su informe en forma electrónica): _____
- Deseo pasar a recoger el informe. Favor de llamarme al siguiente número de teléfono cuando esté lista: _____

FIRMAS

Firma del cliente o representante: _____

Si firma el representante, indique la relación: _____

RECONOCIMIENTOS

Entiendo que Salud Mental del Condado de Imperial debe darme un informe de divulgaciones, excepto:

- Divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o como parte de un conjunto limitado de datos.
- Divulgaciones hechas a mi persona o autorizadas por mí.
- Para fines de notificaciones (notificar a un miembro de la familia, a un representante personal o a otra persona acerca de la ubicación, condición general o fallecimiento de la persona).
- Para fines de inteligencia o seguridad nacional.
- A instituciones penales o funcionarios encargados del cumplimiento de la ley.
- Divulgaciones efectuadas antes del 14 de Abril del 2003.
- Divulgaciones de incidente en uso o divulgación permitidas o requeridas por ley federal.

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

Entiendo que Salud Mental del Condado de Imperial debe darme el informe de divulgaciones dentro de 60 días, o avisarme que necesita 30 días extras (o menos) para prepararlo.

Entiendo que tengo derecho a un informe de divulgaciones gratis en un período de 12 meses. Informes adicionales dentro del mismo período de 12 meses serán disponibles a un costo razonable.

Para más información acerca de sus derechos de privacidad, lea la "Notificación de Prácticas de Privacidad" disponible en todas nuestras oficinas y salas de espera.

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a Salud Mental del Condado de Imperial o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas de privacidad deben ser presentadas por escrito. No habrá represalias en contra de usted por presentar una queja.

La queja de privacidad debe ser dirigida a:

ICBHS Privacy Officer
202 N. Eighth Street
El Centro, CA 92243
Phone: (442) 265-1560
Fax: (442) 265-1583