

ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PRIVILEGIADA

Sobre este formulario:

- Usted tiene el derecho a solicitar información de salud que Kings View mantiene sobre usted para inspeccionar y copiar.
- Nosotros evaluaremos su solicitud la cual se concederá o negará. Solo se negará acceso por razones legales.
- Si ésta es negada, se le proporcionará una razón y como someterla para revisión dentro de un lapso de 5 días de su petición.

Verificación:

- Se nos requiere verificar que usted tiene la autoridad para acceder información privilegiada de salud. Si no lo conoce, tendrá que proporcionar identificación con foto.
- Si usted es guardián o custodio legal de un adulto, menor emancipado, menor o representante de un cliente ya fallecido y está autorizado por ley estatal para actuar en nombre del cliente, una copia de autoridad legal (orden de tutela o custodia) debe ser presentada.

I. INFORMACIÓN DEL CLIENTE	
Nombre	Fecha de Nacimiento
Domicilio (#, calle, ciudad, estado, código postal)	Últimos 4 #s de Seguro Social
II. INFORMACIÓN DE SALUD PRIVILEGIADA SOLICITADA	
Estoy solicitando mi información de salud del periodo de: Desde: _____ Hasta: _____	
Quiero <input type="checkbox"/> Inspeccionar archivos en la clínica <input type="checkbox"/> Obtener copia <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Electrónica	
Especifique Información Solicitada: _____ _____	
III. MÉTODO DE ENTREGA	
<input type="checkbox"/> Los recogeré (Traiga identificación con foto) Número Telefónico: _____	
<input type="checkbox"/> Mande por correo a mi domicilio actual: _____	
Domicilio	Ciudad
Estado	Código Postal
<input type="checkbox"/> Mande por correo a: _____	
Nombre (Si no es el cliente)	Domicilio
Ciudad	Estado
Código Postal	
<input type="checkbox"/> Inspeccionar archivo en persona (traiga identificación de foto). Inspección de archivo ocurre con personal de agencia presente.	
IV. CONFIRMACIÓN Y FIRMA	
Entiendo que se me podría cobrar una cifra razonable por copiar archivos. Además entiendo que podría haber circunstancias donde un profesional de cuidado de salud licenciado podría negar mi solicitud de acceso a mi información de salud; y se me permite solicitar una revisión por otro profesional de salud licenciado.	
Por: _____	_____
Nombre del Cliente(Escriba)	Firma
	Fecha
Si usted no es el cliente, por favor firme, feche e indique relación con el cliente abajo.	
Por: _____	_____
Representante Legal(Escriba)	Firma
	Fecha
<input type="checkbox"/> Padre de menor <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Poder Notarial <input type="checkbox"/> Ejecutor <input type="checkbox"/> Otro _____	
PRV.7.2017	RESPUESTA A SOLICITUD AL REVERSO

V. SOLICITUD APROVADA

◆ Fecha de Aprobación: _____ Por Completo En Parte

◆ Información aprobada: _____

Terapeuta Licenciado

Date

PERSONAL DE ARCHIVOS MÉDICOS SOLAMENTE

◆ Fecha(s) de Notificación al Solicitante: _____ ◆ Fecha de Inspección: _____ ◆ Fecha Copias Recogidas: _____

◆ Fecha Copias Enviadas por Correo: _____ ◆ Costo: _____ ◆ Monto Pagado: _____

Personal de Archivos Médicos

Fecha

VI. SOLICITUD NEGADA

◆ Fecha Negada: _____ Por Completo En Parte

◆ Información negada: _____

◆ Razón: Un profesional de cuidado de salud licenciado a determinado que la información solicitada—

- No es información legalmente autorizada para que usted acceda.
- Es solicitada por un representante personal que no está legalmente autorizado para acceder la información.
- Fue obtenida por medio de alguien bajo promesa de confidencialidad y el acceso probablemente revelaría la fuente.
- No es disponible por medio de Dpto. de Servicios de Salud de Comportamiento.
- Ha sido compilada con anticipación razonable de, o para el uso en procedimiento civil, criminal o administrativo.

REVISABLE:

- Es razonablemente posible en poner en peligro la vida o seguridad física suya o de otra persona.
- El cliente es un menor y es razonablemente posible que la información— lastime la relación terapéutica y/o cause daño físico al menor y/o cause daño emocional al menor.
- Es solicitada por un representante personal y es razonablemente posible que cause daño sustancial al cliente u otra persona.

Terapeuta Licenciado

Fecha

Supervisor de Programa

Fecha

VII. SOLICITUD PARA REVISIÓN DE NEGACIÓN DE ACCESO

Si su solicitud es negada por razones 6, 7, u 8 usted puede solicitar una revisión de negación. Su solicitud será revisada por un profesional de cuidado de salud licenciado quien no estuvo involucrado en la decisión de negación de acceso. Se le notificará por escrito de la decisión final dentro de treinta (30) días de la fecha en que su solicitud fue recibida.

Solicito revisión de negación No quiero revisión de negación

Por: _____

Escriba nombre

Firma

Fecha

Si cree que sus derechos de privacidad fueron violados usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.U. (800) 368-1019 o con el Oficial de Privacidad de Kings View (559) 256-1080. **No se le penalizará por presentar una queja.**

VIII. DECISIÓN FINAL DE REVISIÓN DE NEGACIÓN

SOLICITUD APROVADA SOLICITUD NEGADA ◆ Fecha(s) de Notificación al Solicitante: _____

➤ Si Negada: Su solicitud ha sido revisada por un terapeuta licenciado independiente el cual ha determinado que su solicitud—

- Es razonablemente posible en poner en peligro la vida o seguridad física suya o de otra persona.
- El cliente es un menor y es razonablemente posible que la información— lastime la relación terapéutica y/o cause daño físico al menor y/o cause daño emocional al menor.
- Es solicitada por representante personal y razonablemente posible que cause daño sustancial al cliente u otra persona.

➤ Si aprobada: (Solamente Personal de Archivos Médicos)

◆ Fecha de Inspección: _____ ◆ Fecha copias recogidas: _____ ◆ Fecha copias enviadas por correo: _____

◆ Costo: _____ ◆ Monto Pagado: _____

Terapeuta Licenciado

Fecha

Personal de Archivos Médicos