



## SOLICITUD DE ACCESO DE CLIENTES A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Estoy solicitando acceso a la información de salud protegida de:

\_\_\_\_\_ AMHR CID

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
N. De Seguridad Social

La información a revelar incluye la siguiente documentación comprobada:

- Historial de medicamentos       Evaluaciones Psiquiátricas / Psicológicas       Planes de Atención Médica
- Notas de Progreso       Evaluación de Admisión       Resúmenes de Alta
- Expediente Completo       Otro \_\_\_\_\_

Las fechas incluyen:

- De \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_       Todas las Fechas       Las últimas 4 semanas       Los últimos 6 meses
- El año Pasado       Otro: \_\_\_\_\_

El propósito de la Divulgación es: Divulgación de información directamente al cliente o representante legal por su solicitud.

Elijo el siguiente método de acceso a mi información médica protegida:

\_\_\_\_ Copias del Expediente (No hay cargo por la primera copia de los expedientes en un período de 12 meses).

\_\_\_\_ Revisar el Expediente en Aurora Mental Health & Recovery. Entiendo que debo concertar una fecha y hora con mi terapeuta para revisar los expedientes.

Indique cómo le gustaría recibir sus expedientes:

\_\_\_\_ Recogerlos en persona      \_\_\_\_ Correo      \_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Esta solicitud caducará el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha), o, si se deja en blanco, dos años a partir de la fecha de mi firma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Por favor escriba el nombre del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

Si usted no es el cliente, identifique su autoridad para actuar en nombre del cliente marcando con un círculo uno de los siguientes:

- Padre/ madre de menor       Guardián       GAL       MDPOA
- Representante personal - Ejecutor del patrimonio (documentación requerida)

ENTIENDO QUE, si se deniega el acceso, tengo derecho a una revisión por parte de un profesional de la salud con licencia designado por Aurora Mental Health & Recovery para actuar como oficial de revisión y que no participó en la decisión original de denegar el acceso al expediente.