



Servicios de Salud & Salud Mental
SOLICITUD PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

Usted puede solicitar ver sus registros médicos personales o financieros relacionados (“información de salud”) que tenemos respecto a los servicios de atención médica proporcionados por el Centro. Además, usted puede solicitar copias de esos registros para usted o para una persona asignada completando y presentando este formulario en el Centro LGBT de Los Ángeles, Oficina Privada, 1625 Schrader Blvd., Los Ángeles, CA 90028. Las copias de los registros se pueden recoger en la misma dirección.

SU INFORMACIÓN

Apellido, nombre(s)

Fecha de nacimiento

Dirección de la calle

Ciudad, estado, y código postal

Teléfono

Correo electrónico

Forma preferida para contactarlo

Mejor hora para contactarlo

1. ¿Cual es la razón de esta solicitud?

- Solicitud de beneficio público o discapacidad
- Cambio de seguro o proveedor médico
- Propósitos legales
- Solicitud personal
- Otra: _____

3. ¿A qué tipos de registros desea acceder?

- Registros de visita (médica, psiquiátrica o salud mental)
- Registro de medicamentos/listas
- Resultados de laboratorio
- Radiografías y estudios por imágenes
- Visita a registros de facturación
- Otro: _____

2. ¿Cómo desea acceder a sus registros?

(Seleccione uno)

- Correo electrónico
- Correo regular
- Recogerlos
- Otro: _____

4. Los registros solicitados están entre estas fechas:

De _____ a _____

5. Los registros se necesitan para: _____ (fecha)

Entiendo que mi información de salud puede incluir registros relacionados con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tratamiento para el consumo de alcohol y drogas o servicios de recuperación. También entiendo que el Centro debe verificar la identidad antes de liberar cualquier registro solicitado. Tengo conocimiento de que dentro de los 15 días siguientes a la recepción de la solicitud, el Centro me proporcionará acceso a mis registros o una razón por escrito por la que no puedo recibirlos.

Firma del paciente

Fecha



Servicios de Salud & Salud Mental
SOLICITUD PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

ESTA PÁGINA ES EXCLUSIVA PARA USO INTERNO (THIS PAGE IS FOR INTERNAL USE ONLY)

Access facilitated by (staff member name) _____

Date of Access: _____

Patient Identity verified by:

- Signature Match
- Govt Issued ID
- Patient Known
- Other: _____

Protected health information accessed:

- Visit Records (Medical, Psychiatry, and Mental Health)
- Medication Records/Lists
- Lab Results
- X-Rays and Imaging Studies
- Visit Billing Records
- Other: _____

Records accessed were between (date) _____ and (date) _____.

How access was facilitated:

- Email
- Mail
- Pick-up
- Other: _____

The undersigned confirms that access to protected health information was requested by and provided to the above noted patient, and further confirm that the accessed records are a true and correct copy.

Staff Member Name: _____ Signature : _____ Date: _____

Staff Member Name: _____ Signature : _____ Date: _____