



Formulario de Solicitud de Acceso a Información Médica Protegida

Caso #: _____

Nombre legal individual: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Número de teléfono: () _____ Número alternativo: () _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Está solicitando llevar una copia de estos registros? Sí No

**Las primeras 25 páginas son gratuitas. Hay una costo fijo de \$35 para documentos de más de 26 páginas.
** Tenga en cuenta: Tenemos hasta 30 días para procesar su solicitud.*

Especifique la información médica protegida a la que desea acceder:

- Plan de recuperación Diagnóstico Examen de salud mental Nota de Visita al Médico
- Evaluación de acceso e ingreso al servicio Evaluación psiquiátrica Información de la cita
- Medicamentos Formulario de Otra Facilidad Otro: _____

Marque por qué le gustaría acceder a su información médica protegida:

- Tratamiento/Atención Continua Facturación/Reclamaciones de Seguros
- Colocación/Asistencia Educativa Financiación adicional Procedimientos Legales
- Otro: _____

Firma de Individuos Fecha

Nombre impreso individual

Representante Autorizado Fecha

Imprimir Nombre y Relación del Representante

Firma del testigo Fecha

Imprimir el nombre del testigo