

SOLICITUD INDIVIDUAL DE ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de historial médico: _____

Dirección

SOLICITO:

- ☐ INSPECCIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA IN SITU
- ☐ UN RESUMEN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA
- ☐ QUE SE ENVÍE UNA COPIA* DE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA A:

Nombre/A la atención de

Dirección

INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA:

PERÍODO DE TIEMPO SOLICITADO

Solicito mi información médica para el siguiente período de tiempo:

Desde: _____ Hasta: _____

*TARIFAS DE COPIA: Se puede cobrar una tarifa de 0,25 dólares por página por realizar una o más copias de su información médica.

DERECHOS RELATIVOS A ESTA SOLICITUD DE ACCESO:

- Entiendo que se me debe proporcionar una copia firmada del formulario.
- Entiendo que Salud Pública puede denegar mi solicitud de acceso a mi información médica, en su totalidad o en parte. Si se me deniega el acceso, puedo solicitar una revisión de la decisión presentando un formulario de Solicitud de revisión de la denegación de acceso. En la mayoría de los casos, Salud Pública designará a un profesional sanitario que no haya participado directamente en la decisión de denegar el acceso para que realice una segunda revisión de la solicitud.

FIRMA DEL CLIENTE: _____ FECHA: _____

O

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL: _____

Si la firma no corresponde al cliente, indique la relación y la autoridad para hacerlo:

FECHA: _____ RELACIÓN/AUTORIDAD: _____

FORMULARIO(S) DE IDENTIFICACIÓN PROPORCIONADO(S):

- ☐ Permiso de conducir estatal _____
- ☐ Tarjeta de identificación estatal _____
- ☐ Identificación militar _____
- ☐ Otros (por ejemplo, pasaporte) _____

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN: _____

PROVEEDOR: _____ FECHA: _____

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad en materia de salud, solicite una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También puede obtener una copia visitando nuestro sitio web en <http://www.publichealth.lacounty.gov>.

Gracias por brindarnos la oportunidad de atenderle y mejorar la precisión y exhaustividad de su información médica. Esperamos seguir atendiendo sus necesidades de atención médica.