

## SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD

*Usted tiene derecho a solicitar una revisión de su información de salud personal en poder del Condado de Marin. También tiene derecho a solicitar copias de la información. Si elige las copias, puede que se cobre una tarifa de copia y recuperación, y las copias pueden ser retiradas personalmente o enviadas por correo a usted luego de recibir su formulario de solicitud lleno y verificar su identidad. Para solicitar el acceso a su información de salud, llene este formulario y envíelo por correo o regréselo al:*

Condado de Marin – Departamento de Salud y Servicios Humanos  
Behavioral Health and Recovery Services  
250 Bon Air Road. Unit B, Greenbrae, CA 94904

Teléfono: (415) 473-6779 / Fax: (415) 473-4113 / Correo electrónico: [bhrsmedicalrecords@marincounty.gov](mailto:bhrsmedicalrecords@marincounty.gov)  
[CC.HHSCompliance@marincounty.gov](mailto:CC.HHSCompliance@marincounty.gov)

Si tiene problemas de audición llame al Servicio de Retransmisión de California: 711

<b>Ingrese la Información del Cliente/Individuo</b>		FECHA:	NÚMERO DE EXPEDIENTE HIPAA (SÓLO PARA LA OFICINA HIPAA):
APELLIDO:		NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO:
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (OPCIONAL):	IDENTIFICACIÓN DEL CONDADO O NÚMERO DE REGISTRO:	FECHA DE NACIMIENTO:	
DIRECCIÓN:		CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO: ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE?	NÚMERO DE TELÉFONO NOCTURNO: ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE?	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	
MEJOR FORMA DE CONTACTARLO:	MEJOR HORA PARA CONTACTARLO:		

### Ingrese la Información del Representante (en caso de ser necesario)

NOMBRE DEL REPRESENTANTE:		ROL: <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE PERSONAL	
		<input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> OTRO _____	
DIRECCIÓN:		CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO:	NÚMERO DE TELÉFONO NOCTURNO:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	
MEJOR FORMA DE CONTACTARLO:	MEJOR HORA PARA CONTACTARLO:		

**VERIFICACIÓN:** El Condado no desea que nadie tenga acceso a su información de salud sin su permiso. Antes de que revisemos su solicitud, usted deberá verificar su identidad proporcionando una forma aceptable de identificación con fotografía. Una identificación aceptable incluye una Identificación del Estado de California, Licencia de Conducir del Estado de California, Pasaporte Estadounidense (vigente o no), Pasaporte Extranjero Vigente con el sello I-551 o el Formulario INS I-94 adjunto, Tarjeta de Identificación Tribal, Tarjeta de Registro de Extranjero con fotografía (Formulario INS I-151 o I-551) o Matrícula Consular Mexicana. **Si envía esta solicitud por correo, se le exigirá que adjunte una copia de su identificación con fotografía o si entrega personalmente esta solicitud, se le pedirá que presente su identificación con fotografía en ese momento.**

**VERIFICACIÓN para el Representante Personal:** Si el firmante de esta solicitud es un tutor o custodio legal de un adulto, menor, menor emancipado o un representante de un cliente fallecido y está autorizado por la ley estatal para actuar en nombre del cliente en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, se debe adjuntar una copia de la facultad legal (orden de custodia o tutoría) a este formulario. Si el firmante de esta solicitud es un representante personal y no tiene facultad legal formal para actuar en nombre del cliente, el cliente debe proporcionar documentación, por escrito, que designe a la persona que realiza la solicitud como su representante personal. La documentación debe adjuntarse al presente formulario.

**Sus derechos:**

- Usted tiene derecho a solicitar acceso a su información de salud que mantiene el Condado de Marin (Departamento de Bomberos y las Divisiones de la Tercera Edad, Salud Conductual y Servicios de Recuperación, Servicios de Salud y/o Oficina de Finanzas del Departamento de Salud y Servicios Humanos).
- Tiene derecho a recibir una respuesta escrita a su solicitud dentro de un plazo de 30 días.
- Si solicita copias de su información de salud, puede que se cobre una tarifa de copia y recuperación.
- Su solicitud puede ser negada si los profesionales del cuidado de la salud con licencia involucrados en su caso consideran que el acceso a su información podría ser perjudicial para usted u otros, o si se le dio su información al Condado de Marin bajo la promesa de confidencialidad. Si se niega el acceso, usted tiene derecho a que otro profesional del cuidado de la salud, que no haya estado involucrado en la revisión original, revise su solicitud.

Marque el(los) tipo(s) de información que usted está solicitando

<input type="checkbox"/> Registros Médicos relacionados con _____ (excluyendo información relacionada con VIH, ETS, Salud Mental y Trastorno por Uso de Sustancias)
<input type="checkbox"/> Incluir Información sobre el Trastorno por Uso de Sustancias
<input type="checkbox"/> Incluir Información sobre VIH o SIDA
<input type="checkbox"/> Incluir Información sobre Salud Mental
<input type="checkbox"/> Incluir Información sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
<input type="checkbox"/> Registros de una visita específica (Ingrese fecha y lugar de la visita) _____
<input type="checkbox"/> Otro _____
_____
_____

Lugar(es) donde recibió los servicios de salud (*ejemplo: Laboratorio de Salud Pública, Clínica Dental o CSU*)

--

Estoy solicitando acceso a mi información de salud del siguiente periodo:

Desde:	Hasta:
--------	--------

**Para obtener una copia de este formulario en otros idiomas o en un formato alternativo de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, por favor llame o escriba al Funcionario de Privacidad del Condado de Marin a la dirección proporcionada anteriormente.**

**Firma y Verificación de Identidad**

NOMBRE Y FIRMA EN LETRA DE MOLDE (CLIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL)	FECHA:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN PRESENTADA PARA VERIFICAR LA IDENTIDAD (A SER LLENADO POR UN REPRESENTANTE DEL CONDADO)	
IDENTIDAD VERIFICADA POR (FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL CONDADO):	FECHA:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL CONDADO QUE RECIBIÓ ESTA SOLICITUD:	LUGAR: