

**PETICIÓN DE ACCESO A INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Nombre del Cliente (en letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento

Número de registro

Forma de Información Protegida de Salud solicitado:

Expediente médico:

Otro:

Marco de tiempo de información solicitado:

Fecha(s) de servicio:

SummitStone Health Partners (“SummitStone”) aprobará o denegará esta solicitud en un plazo de 30 días a partir de la recepción de este formulario debidamente cumplimentado. SummitStone puede extender este período de 30 días, si es necesario, y se le notificará si ese es el caso. SummitStone requiere que el individuo autorizado que solicita la información Protegida de Salud, muestre identificación con foto al recibir la información solicitada. Las notas sobre el progreso de la terapia pueden contener información confidencial de salud y puede ser necesario realizar una reunión con un terapeuta antes de divulgarlas.

**Elijo el siguiente método de acceso al registro médico:**

- Programar una fecha, hora y lugar para inspeccionar el registro.
- Obtener copias del expediente médico disponibles para mí, y estoy de acuerdo en pagar los cargos por copia, que no deben exceder \$18.53 para las primeras diez páginas o menos, \$0.85 por página para las páginas 11-40, y \$0.57 por página para cada página adicional. Si me lo envían por correo, acepto pagar el costo adicional de franqueo.
- Recibir sólo copias electrónicas, y estoy de acuerdo en pagar la tarifa fija de \$6.50.

Firma del cliente o tutor legal del cliente

Fecha

*Si no es cliente, escribir el nombre*

*Relación con el cliente*

Dirección Postal:

Número de Teléfono:

¿Podemos dejar mensaje?