

Complete con letra de molde toda la información solicitada y provea el formulario completado a su centro médico. Nombre del paciente: __ Apellido Nombre Inicial segundo nombre Fecha de nacimiento Teléfono: Dirección: Estado Codico Postal Ciudad: Correo electrónico: Solicito acceso a mi información de salud protegida mantenida por esta organización médica. Entiendo que esta solicitud será considerada y que se proporcionará una respuesta dentro del marco de tiempo requerido estatal o federal. En caso de rechazo de mi solicitud por cualquier razón, recibiré una explicación por escrito de los motivos del rechazo. Entiendo que mi expediente médico puede tener información delicada tal como de salud mental, VIH, SIDA, abuso de sustancias. abuso sexual y/o otras afecciones relacionadas. Entiendo que estos expedientes son clasificados como privilegiados y confidenciales y no pueden ser divulgados a mí persona o a aquellos designados por mi o a mi tutor legal sin un consentimiento por escrito, expreso e informado. Además, entiendo que estos registros no serán divulgados a entidades diferentes a aquellas designadas por mi o mi representante personal de conformidad con la ley estatal o federal. Entiendo que se requiere un formulario para cada solicitud de información. Por este medio solicito copias de la información contenida en mis expedientes médicos para incluir lo siguiente: Resumen del alta médica Informes/notas del progreso Historia del desarrollo social Planes de tratamiento Análisis de laboratorio Rayos X Estudios especiales (Electrocardiograma, Vacunas

Mamografía, etc.)

Todos mis registros médicos incluyendo los que tienen información delicada (tales como registros de

salud mental, VIH, estado de salud, abuso sexual o abuso de sustancias)

Autorizo la divulgación/solicitud de la información que cubre las fechas de tratamiento de:

Evaluaciones psicológicas / psiquiátricas

Otros (describa)

GCHJF52SP 01.18 Page 4 of 4



Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:		
Método solicitado para responder a esta solicitud: Recibir información hoy.			
indicada anteriormente. Llamar al número de teléfono	or correo postal a través de USPS a la dirección para notificarme de recoger los expedientes.		
Enviarme por fax los document	tos al :		
* Enviar correo electrónico encrip	otado a:		
* Para la seguridad de su información, todos los corr	reos electrónicos son enviados encriptados a menos que se		
soliciten no encriptados reconociendo el riesgo.			
** Enviar correo electrónico no en			
	n por correo electrónico no encriptado conllevan		
un riesgo de seguridad, pero es el método que so	<u>nicito.</u>		
<u>«FirstName» «LastName»</u>	Eigene vy Foole o		
Nombre del paciente	Firma y Fecha		
Firma del paciente o representante legal	Firma y Fecha		
Firma del personal si el paciente no puede firmar			

GCHJF52SP 01.18 Page **5** of **4**



Nombre del paciente:	<u>Fecha de nacimien</u>	<u>ito:</u>	
Sólo para uso interno			
Solo para uso	, men mo		
Complete las secciones de abajo y colóquelas en el registro	o del paciente		
El aviso de decisión es: Aprobado y proporcionado por solicitud] Negado por la razón	indicada a continuación	
La información solicitada no es parte del conjunto de registros designado del paciente.			
La información solicitada no está disponible para el pley federal o estatal.	paciente para el acceso s	egún lo requerido por la	
Un médico ha determinado que el acceso a la informa la seguridad física del individuo o de otra persona.	ación solicitada puede p	oner en peligro la vida o	
Miembro del personal que tramitaba la solicitud	Título	Fecha	

Si se rechaza, se enviará una carta de respuesta del paciente.

GCHJF52SP 01.18 Page **6** of **4**



ilmportar	nte!
-----------	------

En CenterWell Senior Primary Care es importante que reciba un trato justo.

CenterWell Senior Primary Care (CenterWell) no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es ilegal. CenterWell cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. Si cree que CenterWell lo ha discriminado, hay maneras de obtener ayuda.

Puede presentar una queja a:
 Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618

 Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al: 1-877-320-2188 o si usa un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** de manera electrónica a través de su portal de quejas, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o al **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697** (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

• Residentes de California: puede llamar a la línea directa gratuita del Departamento de Seguros de California: 1-800-927-HELP (4357), para presentar una queja.

Tiene a su disposición asistencia y servicios auxiliares sin cargo. 1-877-320-2188 (TTY: 711)

CenterWell proporciona asistencia y servicios auxiliares gratuitos, como intérpretes de lenguaje de señas calificados, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dicha asistencia y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar.

Language assistance services, free of charge, are available to you. 1-877-320-2188 (TTY: 711) **Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística. **繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. 한국어(Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis. **Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique. **Polski (Polish):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer. **Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis. **Italiano (Italian):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。 (Farsi)

Diné Bizaad برای دریافت نسهیالت زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

ËNavajob: W0dah? b44sh bee hani? bee wolta?g?? bich'9' h0d??lnih 4? bee t'11 jiik'eh saad bee 1k1'1n?da'1wo'd66 nik1'adoowo[.

(Arabic) العربية

الرجاء االتصال بالرقم المبين أعاله الحصول على خدمات مجانية للمساعدة بالغتك

GCHJV5REN 0220

GCHJF52SP 01.18 Page **7** of **4**