

CENTRO DE CONSEJERIA FAMILIAR DE TILLAMOOK
FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO AL ARCHIVO

Nombre del Paciente:	_____		
	Apellido	Nombre	
Direccion Postal:	_____		
	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Telefono:	_____	Fecha de Nacimiento:	_____

Por la presente solicito que el Centro de Consejería Familiar de Tillamook proporcione:

- Acceso a
- Una copia de la "Informacion solicitada" verificada a continuacion:
- Registros de salud mental
- Registros de dependencia quimica
- Registros de Facturacion
- Cualquier otra informacion de identificacion personal utilizada por el Centro de Consejeria Familiar de Tillamook.

Marque UNA de las siguientes Casillas:

- Solo estoy interesado en acceder o obtener una copia de la informacion solicitada, informacion relativa al periodo de tiempo _____ a _____.
- Estoy Interesado en acceder o obtener una copia de todos los documentos solicitados o Infomacion mantenida por el centro de consejería familiar de Tillamook.

Yo entiendo que el centro de consejeria familiar de Tillamook puede denegar esta solicitud bajo circunstancias previstas por leyes estatales y federales que protegen la privacidad de informacion de salud. Asi mismo, entiendo que salvo que la ley aplicable permita lo contrario; Yo tengo el derecho a que la denegacion de mi solicitud sea revisada por un centro de atencion medica autorizado por el centro de consejeria familiar de Tillamook que no participo en la decision de denegar mi solicitud.

Entiendo que el Centro de consejeria familiar de Tillamook me notificara de su decision de aprobar o denegar mi solicitud de acceso o obtener de una copia de la infomacion solicitada dentro de cinco (5) dias a partir de recibir esta solicitud. Si el centro de consejeria familiar de Tillamook no puede cumplir con mi solicitud aprobada de informacion mantenida o accessible el sitio dentro de cinco(5) dias, podra extender el plazo aplicable hasta de Treinta(30) dias mas notificandome por escrito.

Yo preferiria:

- Recojer la informacion solicitada **o**
- Que me envíen la informacion solicitada por correo postal a la direccion indicada anteriormente.
- Solicito que la infomacion solicitada se envíe por correo electronico a la siguiente direccion de correo electronico Seguro.

Entiendo que e centro de consejeria familiar de Tillamook me cobrara \$.50 por pagina para los servicios de fotocopiado necesarios para completar mi solicitud, asi como cualquier tarifa de envio aplicable.

_____Iniciales.

Firma del paciente (o representante del paciente)

Fecha

Nombre impreso del representante del paciente

Fecha

Relacion del representante del paciente con el paciente

Firma y Nombre impreso del tercero que solicita los registros

Fecha

- Divulgacion de informacion firmada incluida; si los registros se estan entregando a un tercero, se requiere un ROI firmado por el paciente o el representante del paciente.

Una vez que haya completado este fomulario, devuelvalo a la recepcion en persona, por correo o por fax a la siguiente direccion:

Tillamook Family Counseling Center

Direccion para enviar los registros:

Attn: Empleado de Registros

906 Main Avenue

Tillamook, Oregon 97141

Numero de Fax: 503-815-1870
