



**SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO
DEL USO DE SUSTANCIAS**
AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias: 1400 Emeline Avenue, Santa Cruz, CA 95060
(831) 454-4170 bhrecordrequest@santacruzcountyca.gov

SOLICITUD DE ACCESO DEL CLIENTE/ COPIAS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

NOMBRE DEL CLIENTE: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ (requerido) AVATAR#: (si lo sabes) _____

SOLICITANTE: Cliente Padre / tutor legal Conservador (Verificación requerida)

BH Personal Clínico: Mi firma aquí confirma que he evaluado a este menor de 12 a 17 años y he determinado que el menor
 tiene no tiene la capacidad de autorizar la divulgación de su información médica protegida. _____/____

Firma de BH Personal/Fecha

Solicito al Condado de Santa Cruz que brinden copias de su información médica: (marque la casilla)

<input type="checkbox"/> Copia en Papel	Tarifa: Puede haber un cargo de \$.25 centavos por página para los registros.
<input type="checkbox"/> Copia Digital (correo electrónico)	Tarifa: Puede haber un cargo de \$16 por hora por el tiempo del personal para descargar / preparar los registros.
<input type="checkbox"/> Acceso a su Información Médica	Nos comunicaremos con usted entre cinco (5) días para arreglar una cita Lunes a Viernes para revisar sus registros con un personal del Condado. Un representante de su elección puede acompañarlo.

**Se puede emitir una exención de tarifas con prueba de dificultades financieras.*

**Autorizo específicamente la divulgación de los siguientes expedientes confidenciales:
[especificar rango de fechas]**

Tratamiento de Salud Mental: de _____ a _____

Tratamiento de Alcohol y Drogas: de _____ a _____ [requerido]

Evaluación Diagnóstico CANS/ANSA Plan de Tratamiento Lista de Medicamentos

Notas de Psiquiatría/Medicación Resumen de Descarga Notas Generales de Progreso

Otra (especificar): _____

La autorización vence después de que se inspeccionan o divulgan los expedientes del cliente, no más tarde de 15 días después de la fecha de la firma. Las solicitudes futuras requieren una autorización separada.

Expedientes publicados a:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: (____) _____

DIRECCIÓN: _____

Entrega digital, dirección de correo electrónico: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

enviar solicitudes a: bhrecordrequest@santacruzcountyca.gov