



AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD: 1400 Emeline Avenue, Santa Cruz, CA 95060
Teléfono (831) 454-4170 Fax (831) 454-4663

SOLICITUD DE ACCESO DEL CLIENTE/ COPIAS DE EXPEDIENTES DE SALUD MENTAL

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____

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

NOMBRE DEL CLIENTE: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

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

Solicito a los Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Cruz que brinden: (marque la casilla)

<input type="checkbox"/> COPIA DE EXPEDIENTES	Tarifas: Puede haber un cargo de \$.25 centavos por página para la reproducción de registros. <i>Se puede emitir una exención de tarifas con prueba de dificultades financieras.</i>
<input type="checkbox"/> ACCESO A EXPEDIENTES	Nos comunicaremos con usted entre cinco (5) días para programar una cita Lunes a Viernes, de 8:30 am a 4:30 pm para revisar sus expedientes con un personal del Condado. Un representante de su elección puede acompañarlo.

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: (____) _____
Nombre Apellido Inicial del Segundo Nombre

DIRECCIÓN: _____
Calle Apt. Ciudad Estado Código Postal

Entrega preferida por correo electrónico: dirección de correo electrónico: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____