

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRE DE LA PERSONA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN FÍSICA	FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	ORTA IDENTIFICACIÓN (E.G., DCN)

ENUMERE LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA OBTENER ACCESO (A completarse por la persona que solicita el acceso)

ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN SOLICITADA, INCLUYENDO LAS FECHAS QUE CUBRE

ESTA SOLICITUD ES PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) EN PODER DE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA | <input type="checkbox"/> DIVISIÓN HEALTHNET MO | <input type="checkbox"/> DIVISIÓN DE SERVICIOS JUVENILES |
| <input type="checkbox"/> DIVISIÓN INFANTIL | <input type="checkbox"/> DIVISIÓN DE SERVICIOS LEGALES | <input type="checkbox"/> TODAS LAS DIVISIONES DEL DEPARTAMENTO |
| | | <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO |

SI LA SOLICITUD INCLUYE VARIAS DIVISIONES, EL EMPLEADO LA ENVIARÁ AL OFICIAL DE PRIVACIDAD DE LA DIVISIÓN DESPUÉS QUE EL CLIENTE LLENE LA PARTE SUPERIOR.

MARQUE EL FORMATO QUE PREFERE

- PAPEL DISCO DE COMPUTADORA MICROFICHA FAX: _____ OTRO _____
(NÚMERO DE FAX)

DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORREO

FIRMA DE LA PERSONA O SU REPRESENTANTE PERSONAL (SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN POR ESCRITO)	FECHA
---	-------

LA PARTE DE ABAJO LA LLENARÁ EL EMPLEADO QUE RECIBE LA SOLICITUD

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ	NOMBRE DEL EMPLEADO	DIVISIÓN/CONDADO
-------------------------	---------------------	------------------

FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA
--------------------	-------

- Acceso concedido.** Si se concede el acceso, entregue una copia del formulario completo a la persona, envíe una copia al Oficial de privacidad de la división y coloque el formulario original en el expediente del caso. No llene el resto del formulario.

EL OFICIAL DE PRIVACIDAD DE LA DIVISIÓN PUEDE NEGAR EL ACCESO POR LAS RAZONES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN

Si el empleado que recibe esta solicitud considera que alguna de las posibles razones enlistadas aquí puede aplicar para negar el acceso, debe documentar por separado el motivo de preocupación y enviarlo junto con copia de los materiales en cuestión al Oficial de privacidad de la división para que tome una decisión

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La persona aceptó renunciar al acceso durante un proyecto de investigación. • Información para usarse en un proceso civil, criminal o administrativo • Información obtenida por otra fuente aparte de DSS bajo promesa de confidencialidad y el acceso identificaría a la fuente • DSS recibió una orden de un tribunal competente que limita la divulgación o el uso de esta información • Acceso impedido de otra manera por la ley | <ul style="list-style-type: none"> • El acceso puede poner en peligro la vida o la seguridad física de la persona en cuestión o de otra persona • La información hace referencia a otra persona aparte de esta persona y el acceso puede causar graves daños • La persona ha sido o puede ser víctima de violencia doméstica, maltrato o negligencia o estar en peligro por la divulgación de la información a un representante personal • Notas de psicoterapia (Estas son las anotaciones durante una sesión de consejería y no incluyen un resumen, evaluación o diagnóstico escrito después de una sesión con el paciente) |
|---|--|

DECISIÓN DEL OFICIAL DE PRIVACIDAD DE LA DIVISIÓN

- Acceso concedido.** Si se concede el acceso, devuelva una copia del formulario completo al empleado, que seguirá las instrucciones antes mencionadas para el acceso concedido. Si el acceso incluye diferentes oficinas/divisiones, consulte con el Oficial de privacidad de DSS para coordinación.
- Acceso denegado.** Si se niega el acceso, envíe una carta a la persona para explicar la razón, así como su derecho a solicitar revisión, si procede, con copia al Oficial de privacidad de DSS y al expediente del caso de la persona.

FIRMA DEL OFICIAL DE PRIVACIDAD DE DIVISIÓN	DIVISIÓN	FECHA
---	----------	-------