



DIVERSUS
HEALTH

ACCESO DEL CLIENTE A LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (FORMULARIO PHI)

El formulario debe rellenarse por completo para ser válido

Diversus Health puede denegar el acceso a todo o parte de mi expediente si creen que existe un riesgo potencial para mí o para otra persona, o por otras razones legales. Algunas, pero no todas, las denegaciones pueden ser apeladas. Diversus Health me informará por escrito sobre su decisión y cualquier proceso de apelación al que tenga derecho. **La agencia tiene 30 días para responder a esta solicitud.** Si se necesita tiempo extra, la agencia me informará por escrito.

FECHA: _____ TELÉFONO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL CLIENTE (POR FAVOR IMPRIMA): _____ DEL CLIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

Si el cliente tiene entre 12 y 17 años, marque la casilla

1. **Elige Uno:** Yo soy el cliente
 Soy el padre del cliente y el cliente es menor de **18 años** y no emancipado
 Soy representante legalmente autorizado del cliente
 (Los representantes legales **DEBEN** proporcionar **documentación** de su derecho a representar al cliente)

2. **Estoy solicitando:** Registro clínico de Salud De Diversus Registro clínico de Salud De Diversus y Facturación

3. **Elija Método:** ****Tenga en cuenta:** si elige papel, los registros de más de 200 páginas se pondrán en un CD y se enviarán por correo a la dirección proporcionada anteriormente

- Papel** (retirar en una de nuestras sucursales)***
 Child & Family - 179 S Parkside Dr, Colorado Springs, CO 80910
 Jet Wing: 1795 Jet Wing Dr, Colorado Springs, CO 80916
 Lighthouse - 115 S Parkside Dr, Colorado Springs, CO 80910
 Moreno - 875 W Moreno Ave, Colorado Springs, CO 80905
 Correo electrónico (recibir a través de correo cifrado - páginas ilimitadas)
 Dirección de correo electrónico: _____
 CD: Disco de computadora (recibir por correo - páginas ilimitadas - Enviado por correo a la dirección que se proporcionó arriba)

4. **Intervalo de fechas de los registros solicitados:** _____ a _____

*Si no está seguro de las fechas necesarias, llámenos al 719-314-4283.
 Si se escribe "TODOS", se proporcionarán los últimos 12 meses de tratamiento.

5. **Información solicitada:** Plan de tratamiento/ seguridad Medicación Evaluación
 Resumen de diagnóstico Psicológicos Pruebas/Informes Laboratorios Crisis
 Evaluación Psiquiátrica Paciente hospitalizado (ATU) Resumen de alta Notas de progreso
 Otros:

6. **Indique el motivo de su solicitud (Los representantes legales DEBEN dar un motivo)**

Si para la corte, ¿cuándo es su cita en la corte? _____

Please note per our Legal Department, please provide court documents regarding your court case. Upload court paperwork at <https://fs3.formsite.com/DiversusHealth/ng4cvvzukur/index.html> OR give copy to the front desk.

X _____ X _____
 Firma del cliente o representante Diversus Health Staff verifying request (PRINT)

X _____ X _____
 Si la cliente tiene 12 años o más, la cliente DEBE firmar Si es representante, escriba el nombre en letra de imprenta y proporcione la relación

Proporcione una identificación con foto:

En persona: entregue una identificación con foto a la recepción para hacer una copia

En línea: haga clic en el enlace para cargar el formulario PHI de Diversus Health