



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 (recoger en Jet Wing)
 1795 Jet Wing Dr, Colorado Springs, CO 80916
 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:**

<input type="checkbox"/> Resumen de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Psicológicos Pruebas/Informes	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado (ATU)	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/ seguridad	<input type="checkbox"/> Medicación	<input type="checkbox"/> Laboratorios	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Evaluación	<input type="checkbox"/> Crisis	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> 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? _____

Tenga en cuenta: según nuestro Departamento Legal, por favor proporcione documentos judiciales con respecto a caso judicial. Cargar documentación judicial: <https://fs3.formsite.com/DiversusHealth/ng4cvvzukur/index.html>

X _____
 Firma del cliente o representante

X _____
 Diversus Health verificación del personal (IMPRIMIR)

X _____
 Si la cliente tiene 12 años o más, la cliente DEBE firmar

X _____
 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