

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
☐ Correo electrónico (recibir por correo electrónico encriptado - páginas ilimitadas)
Dirección de correo electrónico: _____
☐ Papel (recoger en nuestra ubicación en Jet Wing) **
1795 Jet Wing Dr, Colorado Springs, CO 80916
☐ Papel (recibir por correo)
Dirección postal para envío en papel (incluya ciudad, estado y código postal): _____
☐ CD - Disco de computadora (recibir por correo - páginas ilimitadas)
Dirección postal para envío de CD (incluya ciudad, estado y código postal): _____
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? _____

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