



The Center for  
Health Care  
Services

## Pedido de Acción en Relación con la Información de Salud Protegida

Nombre del Usuario \_\_\_\_\_  
N° de Caso: \_\_\_\_\_  
N° de Programa/Unidad: \_\_\_\_\_ N° de Subunidad: \_\_\_\_\_  
N° de Medicaid: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Solicito que The Center for Health Care Services (CHCS)

### Sección I: Me entregue (marque todas las que correspondan)

- \_\_\_\_\_ una copia de mi información de salud que cubra el período que se describe a continuación (**posible tarifa**)
- \_\_\_\_\_ una carta de resumen de mi información de salud que cubra el período que se describe a continuación (**posible tarifa**)
- \_\_\_\_\_ acceso para revisar mi información de salud que cubra el período que se describe a continuación
- \_\_\_\_\_ un informe de las divulgaciones de mi información de salud que cubra el período que se describe a continuación

#### Tipo de información solicitada:

#### Período de tiempo:

\_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Opcional: Las copias o el acceso a mi información de salud tienen el siguiente propósito (marque uno):

- \_\_\_\_\_ Ayudar en la evaluación de la discapacidad
- \_\_\_\_\_ Ayudar a mi proveedor de atención
- \_\_\_\_\_ Ayudar en otras evaluaciones y tratamientos
- \_\_\_\_\_ Ayudar en la colocación educativa
- Otro: \_\_\_\_\_

### Sección II: Modifique mis registros clínicos de la siguiente manera: (indique si se adjuntan páginas adicionales)

\_\_\_\_\_

### Sección III: No divulgue mi información de salud a las siguientes personas u organizaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Sección IV: No se comunique conmigo de la siguiente manera o en la siguiente ubicación:

\_\_\_\_\_

### Sección V: Se comunique conmigo de la siguiente manera o en la siguiente ubicación (incluya la dirección de correo electrónico si corresponde):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del usuario o representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el usuario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_ CHCS está de acuerdo con la solicitud    \_\_\_\_\_ CHCS no está de acuerdo con la solicitud (adjunte una declaración por escrito)



The Center for  
Health Care  
Services

**Pedido de Acción en Relación con la  
Información de Salud Protegida**

Nombre del Usuario \_\_\_\_\_

Nº de Caso: \_\_\_\_\_

Nº de Programa/Unidad: \_\_\_\_\_ Nº de Subunidad: \_\_\_\_\_

Nº de Medicaid: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional de CHCS

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
# ID

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Devuelva el formulario completo a:**

The Center For Health Care Services, Al Departamento de Divulgación de Información  
6800 Park Ten Blvd., Suite 200-S - San Antonio, Texas 78213  
Fax: (210) 261-1817      Teléfono: (210) 261 -1074