

Instrucciones

El presente formulario se deberá completar, firmar, fechar y enviar por correo a la siguiente dirección para que su solicitud sea considerada y procesada.

Community Care Behavioral Health Organization
Director de privacidad
339 Sixth Avenue, Suite 1300
Pittsburgh, PA 15222

Community Care no conserva historias clínicas. Comuníquese con su médico o el hospital donde recibió tratamiento para obtener sus historias clínicas.

Complete todos los ítems que figuran a continuación.

Información de miembro

Nombre del miembro: _____

Domicilio del miembro: _____

N.º de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento: N.º de teléfono:

1. Describa la información que posee Community Care y a la que usted quisiera tener acceso:

2. Ingrese los períodos específicos de tratamiento para los que quisiera acceder a su información:

3. Anote la dirección a donde desea que se envíe la información si esta dirección fuera distinta de la que mencionó anteriormente:

EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD ANTES DE SER FIRMADO.

Firma del miembro
(La persona con la que se relaciona la información, si tiene 14 años o más)

Fecha de la firma del miembro

Fecha de nacimiento del miembro o número de historia clínica

O, si corresponde:

Firma del padre, madre, tutor legal o representante autorizado

Fecha de la firma del padre, madre, tutor legal o representante autorizado

Descripción de la autoridad por la que actúa en nombre del miembro *(a saber, padre, madre, tutor legal o representante autorizado)*

Una copia del presente formulario debidamente completado, firmado y fechado será entregada al miembro o al firmante.

Solo para uso oficial

Recibido

Procesado por

Registro n.º