



Solicitud para examinar o recibir copias de registros de salud

Todas las solicitudes deben enviarse al equipo de Mejoramiento de la Calidad de Encompass

Escriba a: QIOfficer@EncompassCS.org o

Por correo postal a: Encompass Community Services – QI Officer

380 Encinal St., Ste. 200

Santa Cruz, CA 95060

Yo, _____, hago la siguiente solicitud con respecto a los registros de salud en poder de Encompass Community Services (“Encompass”) correspondientes al periodo del _____ al _____.

Solicito a Encompass la siguiente información (sea lo más específico posible):

Examinar los registros de salud

Se comunicarán conmigo en un plazo de cinco (5) días hábiles para programar una cita y revisar los registros con el personal de Encompass, a la hora y en el lugar que establezca Encompass. Puede acompañarme un (1) representante de mi elección.

Recibir una copia impresa de los registros de salud o Recibir un resumen de los registros de salud

Recibiré la copia o el resumen en un plazo de quince (15) días naturales. Entiendo que deberé pagar veinticinco centavos (25¢) por página copiada.

Recogeré la copia o el resumen en las oficinas administrativas de Encompass, ubicadas en 380 Encinal St., Ste. 200, Santa Cruz, CA 95060.

Deseo que me envíen la copia o el resumen por correo a: _____

Recibir una copia electrónica de los registros de salud

Entiendo que Encompass Community Services podrá cobrar una cuota razonable y basada en los costos por el copiado, la preparación, el envío por correo u otros suministros relacionados con mi solicitud de acceso.



O

<hr/> Firma del cliente		<hr/> Firma del representante personal	
<hr/> Nombre en letra de molde		<hr/> Nombre en letra de nombre y relación con el cliente	
<hr/> Fecha de nacimiento		<hr/> Fecha de nacimiento	
<hr/> Dirección		<hr/> Dirección	
<hr/> Ciudad	<hr/> Estado	<hr/> Ciudad	<hr/> Estado
	<hr/> Código postal		<hr/> Código postal
<hr/> Teléfono		<hr/> Teléfono	
<hr/> Fecha		<hr/> Fecha	

PARA USO DE ENCOMPASS:

Fecha en que se recibió la solicitud: _____

Firma de la persona que recibió la solicitud: _____

Nombre en letra de molde: _____

Puesto: _____

PARA USO DE ENCOMPASS Y DEL CLIENTE O SU REPRESENTANTE PERSONAL DESPUÉS DE REVISAR LOS REGISTROS:

Cliente o representante personal: Revisé los registros con Encompass Community Services. Si solicité una copia o un resumen de los registros de salud, mi solicitud también fue satisfecha.

<hr/> Nombre	<hr/> Firma	<hr/> Fecha
--------------	-------------	-------------

ENCOMPASS COMMUNITY SERVICES: Revisé los registros de salud con el cliente o con su representante personal. Si corresponde, también proporcioné al cliente o a su representante personal una copia o un resumen de los registros de salud.

<hr/> Nombre	<hr/> Firma	<hr/> Fecha
--------------	-------------	-------------