

**INFORMACIÓN  
CONFIDENCIAL DEL  
PACIENTE: Vea  
California Welfare  
and Institutions Code  
Section 5328**

San Mateo County Mental Health Services Division

**PETICIÓN PARA ACCESO A  
INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**



\_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento, \_\_\_\_\_, es un  
cliente presente o pasado de Servicios de Salud Mental del Condado de San Mateo. El acceso a  
la información protegida de salud de este cliente se solicita como sigue:

- Toda información de salud pertinente a cualquier condición médica, mental o física y  
tratamiento recibido

Excepto: \_\_\_\_\_

- Información de facturación/reclamos del siguiente período:  
\_\_\_\_\_

- Sólo los siguientes registros o tipos de información de salud (inclusive cualquier fecha)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Esta petición es para revisar el registro  
 Esta petición es de una copia del historial médico  
 Esta petición es para revisar y copiar

- Estoy solicitando el acceso a mi información de salud para mí  
 Estoy solicitando el acceso a mi información de salud para mi representante autorizado  
Nombre \_\_\_\_\_

Relación legal \_\_\_\_\_

- Soy el padre/tutor legal de este menor  
 Soy el Conservador de este adulto  
 Soy el representante personal de este cliente difunto

La divulgación o transferencia de la información especificada a cualquier persona no  
denominada aquí queda prohibida. Una autorización escrita adicional se debe obtener para un  
uso nuevo propuesto de la información o para su transferencia a otra persona o entidad. La  
documentación en el historial médico del cliente debe seguir cualquier divulgación de  
información autorizada arriba. Esta autorización será válida por un período de un año de la fecha  
en que se firme, a menos que se retire el consentimiento por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre, tutor o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha