



Pacific
Clinics

Headquarters: 251 Llewellyn Avenue, Campbell, CA 95008
Phone (408) 379-3790 Fax (408) 364-4013 www.pacificclinics.org

Esta forma está disponible en Español

Customer ID#: _____ Admit: _____
Name: _____
DOB: _____
Program: _____
County ID: _____

Complete or place Customer ID Label
▲ Staff Only ▲

CUSTOMER RIGHT TO REQUEST ACCESS TO HEALTH RECORD

Please complete this form if you are requesting to view or receive copies of the health record maintained by Pacific Clinics for the individual listed below. **This is not to be used as a HIPAA Authorization.**

The undersigned customer or customer's legal representative hereby requests access to the Health Records of:

_____/_____/_____ ☐ Adult ☐ Minor¹
CUSTOMER NAME **DATE OF BIRTH**

Facility/Regional Location(s) for which I am requesting records: _____

Where do you want the information sent? (Fill in boxes below):

Pacific Clinics should provide my records to: ☐ Self ☐ Personal Representative ☐ Other

Recipient Name:	Recipient Phone:
Recipient Mailing Address:	Recipient Fax:
	Recipient E-mail (if applicable):

I am requesting records be delivered in the following manner: (select ONE circle and check appropriate choice of delivery)

- ☐ Electronic copies – E-mail----> _____ Encrypted **OR** _____ Unencrypted (method is unsecure & may pose a risk of disclosure)
☐ Electronic copies – CD -----> _____ Mail **OR** _____ Pick Up
☐ Paper copies -----> _____ Mail **OR** _____ Pick Up **OR** _____ FAX (up to 10 pages only)

What records do you want? (Check appropriate circles below):

Dates of Service: ____/____/____ through ____/____/____

☐ Medical ☐ Mental Health ² ☐ Substance (Drug / Alcohol) Abuse ² ☐ HIV test results ☐ Billing Records

After choosing the category of records listed above, please check the types of records you want below:

____ Diagnosis(es) _____ Medication list _____ Results of Psychological / Psychiatric tests
____ Discharge Summary _____ Assessment Information _____ Summary of Treatment
____ Lab test results _____ Other: _____

¹ I understand that if I am a parent/legal guardian making a request regarding records of a minor, I will not be shown entries for health care to which, by law, the minor may consent without parental involvement. I understand that if I am a minor, I will be given access only to those portions of my record describing health care for which I may consent, under applicable law, without the involvement of parents.

² I understand that records of mental health care or substance (drug/alcohol) abuse treatment may not be disclosed to me directly if the health care provider determines that to do so would present a risk of significant adverse or detrimental consequences. I understand that the provider may provide me with a summary of the requested records instead of copying or providing the original records for examination. I understand I then may designate a physician, licensed psychologist, or clinical social worker to review the record on my behalf.

Please print your name and sign below:

Name of Customer or Personal Representative (please print)		Relationship (please print)
Signature of Customer or Personal Representative		____ Initial OK to leave message
Date/Time	Phone:	

Return completed form to your local clinic office or mail to the corporate address above.



Pacific
Clinics

Siede: 251 Llewellyn Avenue, Campbell, CA 95008
Teléfono (408) 379-3790 Fax (408) 364-4013 www.pacificclinics.org

Customer ID#: _____ Admit: _____
Name: _____
DOB: _____
Program: _____
County ID: _____

Complete or place Customer ID Label
▲ Staff Only ▲

DERECHO DEL CLIENTE A SOLICITAR ACCESO AL REGISTRO DE SALUD

Por favor complete este formulario si está solicitando ver o recibir copias del registro de salud mantenido por Pacific Clinics para el individuo listado a continuación. **Esto no debe usarse como autorización de HIPAA.**

El abogado abajo firmante o el representante legal del cliente por la presente solicita el acceso a los Registros de Salud de:

_____/_____/_____ ☐ Adulto ☐ Minor ¹
NOMBRE DEL CLIENTE **FECHA DE NACIMIENTO**

Oficina / Ubicación Regional para la cual estoy solicitando registros: _____

¿Dónde desea que se envíe la información? (Rellene los siguientes campos):

Pacific Clinics debe proporcionar mis registros a: ☐ Yo ☐ Representante Personal ☐ Otro

Nombre del Recipiente:	Teléfono del Recipiente:
	El Fax del Recipiente:
Dirección de envío del Recipiente:	Correo electrónico del Recipiente (si es aplicable):

Estoy solicitando que los expedientes sean entregados de la siguiente manera: (seleccione UN círculo y compruebe la selección apropiada de la entrega)

- ☐ Copias electrónicas – Correo electrónico → ☐ Cifrado ☐ Sin Cifrar (Método no es seguro y puede suponer un riesgo de divulgación)
☐ Copias electrónicas – CD -----> ☐ Correo ☐ Recoger
☐ Copias en Papel -----> ☐ Correo ☐ Recoger ☐ FAX (hasta 10 paginas solo)

¿Qué registros quieres? (Marque los círculos apropiados a continuación):

Fechas de Servicio: ____/____/____ hasta ____/____/____

- ☐ Medical ☐ Salud Mental ² ☐ Abuso de sustancias (drogas / alcohol) ²
☐ Resultados de la prueba del VIH ☐ Registros de facturación

Después de elegir la categoría de registros enumerados anteriormente, compruebe los tipos de registros que desea a continuación:

____ Diagnóstico (s) ____ Lista de medicamentos ____ Resultados de las pruebas psicológicas y psiquiátrico
____ Resumen de alta ____ Información de evaluación ____ Resumen del Tratamiento
____ Resultados del Laboratorio ____ Otro: _____

¹ Entiendo que si soy un padre / tutor legal que hace una solicitud con respecto a los registros de un menor, no se me mostrarán entradas para la atención médica a la que, por ley, el menor puede consentir sin la participación de los padres. Entiendo que si soy menor de edad, se me dará acceso solo a aquellas partes de mi registro que describan la atención médica para la cual puedo dar mi consentimiento, según la ley aplicable, sin la participación de los padres.

² Entiendo que los registros de atención de salud mental o tratamiento de abuso de sustancias (drogas / alcohol) no pueden ser revelados a mí directamente si el proveedor de atención médica determina que hacerlo presentaría un riesgo de consecuencias adversas o perjudiciales significativas. Entiendo que el proveedor puede proporcionarme un resumen de los registros solicitados en lugar de copiar o proporcionar los registros originales para su examen. Entiendo que entonces puedo designar a un médico, psicólogo con licencia o trabajador social clínico para revisar el registro en mi nombre.

Por favor escriba su nombre y firma abajo:

Nombre del Cliente o representante personal (por favor imprimir)		Relation (por favor imprimir)	
		____ inicial para dejar mensaje	
Firma del Cliente o representante personal	Fecha/Tiempo	Telefono:	

Devuelva el formulario completo a la oficina de su clínica local o envíelo por correo a la dirección corporativa anterior.