

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE



**GABINETE PARA FAMILIAS Y NIÑOS  
ESTADO DE KENTUCKY**

DEPARTAMENTO PARA SERVICIOS  
BASADOS EN LA COMUNIDAD  
UN EMPLEADOR EN IGUALDAD DE OPORTUNIDADES M/F/D

**DIVISIÓN PARA PROTECCIÓN Y PERMANENCIA**

**SOLICITUD PARA EL ACCESO DEL CLIENTE A LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)**

Nombre del Cliente _____ Dirección del Cliente (Nombre y número de calle) _____ _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Zip) _____	Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Archivo de Caso _____ Condado donde el archivo es mantenido _____ Número de Teléfono del Cliente (____) _____ (Casa) (____) _____ (Trabajo)
---	---

Dirección dónde enviar la información sobre la queja (si diferente a la de arriba)

Por favor especifique la información protegida de salud solicitada.

Por favor especifique el formato para la información protegida de salud solicitada **Nota: No todos los formatos pueden estar disponibles**  
 Acceso Directo (especifique oficina DPP) \_\_\_\_\_  Papel  Disco de Computadora  CD  Fax \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_  
 Acepto pagar los honorarios en base al costo asociado con esta solicitud para acceso al PHI (sólo al recibir nota de pago)  SI  NO  
 Su cobro es \$ \_\_\_\_\_ Haga el cheque u orden de dinero a **Kentucky State Treasurer** (No envíe hasta que sea notificado del costo)  
 Su solicitud será procesada en el lapso de 30 días o ud. será notificado por escrito si hay un retraso (la solicitud no pasará de 60 días).

**Por favor indique el padre de un menor o cualquier representante personal que solicite acceso al PHI de un cliente.**

Nombre del Individuo _____	Relación con el Cliente _____
----------------------------	-------------------------------

Firma del Cliente o _____ escriba el nombre _____ Fecha _____
Representante Legal _____ escriba el nombre _____ Fecha _____
<b>Nota:</b> El Representante Personal debe incluir una copia de la autorización de la corte (ejemplo, custodia, condición de guardián, etc.)
Firma del Testigo _____ escriba el nombre _____ Fecha _____
Número de Teléfono del Testigo (____) _____ Dirección _____

**Envíe a: Cabinet for Families and Children, Ombudsman's Office, 275 East Main St. (1E-B) Frankfort, Kentucky, 40621**

**La Información a Continuación es para el Uso Exclusivo de la Oficina del Defensor del Pueblo (CFC Ombudsman)**

Fecha Recibido _____	La solicitud para Acceso ha sido <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Negada
----------------------	--

Razón de negación sin su derecho al repaso <input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia <input type="checkbox"/> Paciente aceptó la negación de acceso <input type="checkbox"/> PHI usado en procedimiento civil, criminal o administrativo <input type="checkbox"/> PHI obtenido de una fuente bajo promesa de confidencia <input type="checkbox"/> Otro _____	Razón de negación con su derecho a repaso <input type="checkbox"/> Razón para creer que la seguridad física del cliente peligr <input type="checkbox"/> PHI hace referencia a tercera persona y el acceso puede causar daño <input type="checkbox"/> Representante personal solicita que la persona y el cliente han estado o son sujetos a la violencia doméstica, abuso, o negligencia
--	---

**Nota: Todas las solicitudes de repaso deberán dirigirse a: Cabinet for Families and Children, Ombudsman's Office (HIPAA Compliance Officer) al (502) 564-5497 o por correo a: 275 East Main St. (1E-B), Frankfort, Kentucky 40621**

Fecha Enviada a Sección de Admin. de Archivos _____	Nombre del empleado procesando solicitud _____
---	--

Firma del Oficial de Cumplimiento o su designado _____	Fecha _____
--	-------------

**La Información a Continuación es para la Sección de Manejo de Archivos del DPP**

Fecha Recibido _____	Fecha solicitud de honorario enviada al cliente _____	Fecha negación por escrito enviada al cliente _____	Fecha revelación enviada al cliente _____
----------------------	---	---	---

Extensión Solicitada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cliente/ Representante Personal notificado por escrito en esta fecha _____
--	--

Razón de extensión \_\_\_\_\_

Fecha escrita en el archivo de caso del cliente del PHI o enviada a la Oficina local del DPP para ser escrito

Nombre del empleado procesando solicitud _____	Título _____
--	--------------