

FORMER PATIENT REQUEST FOR ACCESS AND/OR COPIES OF HEALTH RECORD

DSH-6803 (Spanish) (New 07/2025)

Tenga en cuenta: La información solicitada es sólo para fines de identificación.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social (opcional):
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:	Número de caso del paciente (opcional):
Número de teléfono:	Fecha de admisión:	Fecha de alta:

Marque la casilla correspondiente:

FOTOCOPIAS: Estoy solicitando fotocopias de los documentos de mi historial médico marcados a continuación.

CORREO ELECTRÓNICO: Estoy solicitando que se envíen por correo electrónico copias de los documentos de mi historial médico marcados a continuación a:

CITA: Solicito una cita para acudir al DSH y revisar mi historial médico.

Tenga en cuenta: Entiendo que puede haber tarifas asociadas con mi solicitud de copias impresas o electrónicas.

Usted tiene derecho a revisar sus registros dentro de los 30 días posteriores a la recepción de esta solicitud, y no más de 60 días en el caso de registros que se encuentren geográficamente dispersos o inactivos en almacenamiento central, de acuerdo con la Sección 1798.34 del Código Civil.

Marque todas las casillas correspondientes de la información del paciente que solicita que se le envíe:

Documento:	Fecha:	Documento:	Fecha:	El paciente debe colocar sus iniciales en cualquiera de los siguientes registros:
<input type="checkbox"/> Diagnóstico		<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas psicológicas/vocacionales		
<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica		<input type="checkbox"/> Evaluaciones médicas/neurológicas, pruebas de laboratorio (EEG, EKG, etc.)		<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba del VIH/SIDA <hr/> <i>(inicial)</i>
<input type="checkbox"/> Resumen del alta		<input type="checkbox"/> Legal		<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas genéticas <hr/> <i>(inicial)</i>
<input type="checkbox"/> Evaluación psicosocial		<input type="checkbox"/> Otro (especificar):		<input type="checkbox"/> Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias <hr/> <i>(inicial)</i>
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento		<input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
<input type="checkbox"/> Aislamiento/Restricción				

(Si necesita espacio adicional, adjunte una lista de los documentos solicitados)

Escriba su nombre: _____ Firma: _____

Incluya una copia de su identificación junto con su solicitud si está disponible.

**Health Information Management Department (HIMD) Use Only:
(Solo para uso del Departamento de Gestión de Información de Salud (HIMD):)**

HIMD Receipt of Form Date/Time: _____ Record Review Appt. Date/Time: _____

Former Patient Request for Access and/or Copies of Health Record

Confidential Patient Information
See W & I Code, Section 5328
HIPAA Privacy Rule CFR Section 164.508
DSH-6803 (Spanish) (New 07/2025)