King County

Department of

Community and Human Services

401 Fifth Avenue, Suite 500
Seattle, WA 98104
(206) 263-9100 Fax (206) 205-6565
Servicio de retransmisión TTY: 711

SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente _____	**Nombre anterior o alias** _____	**Fecha de nacimiento del cliente** _____	
Correo electrónico _____	**Número de teléfono** _____		
Dirección postal _____	**Ciudad** _____	**Estado** _____	**Código postal** _____

SUS DERECHOS

Como cliente del Departamento de Servicios Comunitarios y Humanos del Condado de King (King County Department of Community and Human Services, KC-DCHS), tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que usamos o compartimos su información como cliente, incluida la información médica protegida (protected health information, PHI). En el caso de la PHI, este derecho está garantizado por la legislación federal (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]); para el resto de la información del cliente, el DCHS aplica las mismas normas de conformidad con sus políticas. Utilice este formulario para solicitar dicha restricción. No estamos obligados a aceptar su solicitud, salvo en un caso: si usted (o alguien en su nombre, que no sea su plan de salud) pagó un servicio en su totalidad de su propio bolsillo y nos solicita que no compartamos información sobre ese servicio con su plan de salud para fines de pago u operaciones, debemos aceptar la restricción. Si aceptamos una restricción, la respetaremos, excepto en caso de emergencia médica o cuando la ley exija divulgar la información. Responderemos su solicitud por escrito.

ACCIÓN SOLICITADA

Solicito que el DCHS restrinja el acceso a los siguientes registros:

Especifique la información cuyo acceso desea restringir:_____

DIVISIONES DONDE SE RECIBIERON LOS SERVICIOS

Marque las divisiones del DCHS donde recibió los servicios. Esto nos ayuda a localizar los registros. Si no está seguro, deje esta sección en blanco o seleccione “No estoy seguro”.

[ ] BHRD: División de Salud Conductual y Recuperación (Behavioral Health and Recovery Division)
[ ] DDECS: División de Discapacidades del Desarrollo y Apoyo a la Primera Infancia (Developmental Disabilities and Early Childhood Supports Division)
[ ] ASD: División de Servicios para Adultos (Adult Services Division)
[ ] CYYAD: División de Servicios para Niños, Adolescentes y Adultos Jóvenes (Children, Youth and Young Adult Division)
[ ] HCD: División de Vivienda y Desarrollo Comunitario (Housing and Community Development Division)
[ ] No estoy seguro/necesito información de todas las divisiones correspondientes del DCHS

Si lo sabe, indique en qué parte de su expediente se encuentra esta información.

_____
_____

¿Cómo desea que se restrinja el acceso a esta información?

_____
_____

Explique por qué debe restringirse el acceso a esta información (opcional; no es obligatorio indicar un motivo):

_____
_____

DÓNDE PRESENTAR ESTE FORMULARIO

Correo postal: King County Department of Community and Human Services
401 Fifth Avenue, Suite 500

Seattle, WA 98104
Attn: Privacy Officer

Correo electrónico: DCHS_Privacy@kingcounty.gov

_____

FIRMA

Con mi firma a continuación, declaro que soy el cliente o su representante personal autorizado, y que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es correcta.

Firma del cliente o de su representante personal
_____

Fecha
_____

Nombre en letra de imprenta
_____

Relación con el cliente
_____

Si firma un representante personal, describa qué facultades tiene para actuar en nombre del cliente y adjunte la documentación de respaldo si se le solicita:

_____
_____

PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE (PERSONAL DEL KC-DCHS)

Fecha de recepción
_____

Fecha de revisión
_____

Estado de la solicitud
_____

Fecha en que se notificó al cliente
_____

Miembro del personal que procesó la solicitud
_____

_____

Estado de la solicitud: [ ] Aceptada [ ] Rechazada [ ] Otorgada parcialmente [ ] Se necesitan aclaraciones

Comentarios/fundamentos de la decisión/se necesita seguimiento:

_____