

Solicitud de registros del DSHS Request for DSHS Records

A. Solicitud de registros del DSHS de:				
NOMBRE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TÍTULO
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O NEGOCIO, SI APLICA				
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)		NÚMERO DE FAX (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
B. Solicitud de registros de estos programas del DSHS: (Marque todos los aplicables)				
<input type="checkbox"/> Administración de Salud Conductual (BHA) <input type="checkbox"/> Manutención de Menores (DCS) <input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo (DDA) <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional (DVR) <input type="checkbox"/> Centro de Compromisos Especiales (SCC) <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios (CSD – asistencia pública) <input type="checkbox"/> Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS) <input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Residencial (RCS) <input type="checkbox"/> Instituciones de salud mental del estado (ESH, WSH, CSTC) <input type="checkbox"/> Recursos Humanos y Nóminas		
C. Solicitud de registros de cliente del DSHS de:				
<input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> OTRA PERSONA	NOMBRE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRES ANTERIORES			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHAS DEL SERVICIO	UBICACIÓN DEL SERVICIO	
REGISTROS DEL CLIENTE SOLICITADOS: ESPECIFIQUE LOS REGISTROS SOLICITADOS DE LOS PROGRAMAS DEL DSHS MARCADOS EN LA SECCIÓN B:				
<input type="checkbox"/> Los registros descritos en el anexo <input type="checkbox"/> Los siguientes registros: <input type="checkbox"/> Todos los registros del cliente conservados por los programas del DSHS marcados en la Sección B.				
Enumere todas las limitaciones a los registros del DSHS solicitados (por fecha, tipo de registro, etc.):				
D. Solicitud de otros registros del DSHS				
Solicito los siguientes registros del DSHS:				
<input type="checkbox"/> Registros de licencia de la siguiente instalación proveedor: <input type="checkbox"/> Registros de personal o empleo de (lista): <input type="checkbox"/> Describa los otros registros solicitados de la manera más completa posible, incluyendo fechas, tipo de registros y programas:				
E. Acceso a los registros (llene esta sección para todas las solicitudes)				
<input type="checkbox"/> Entiendo que el DSHS puede cobrar por las copias de sus registros de acuerdo con WAC 388-01-080. <input type="checkbox"/> Comuníquese conmigo para acordar una fecha y hora en la que yo pueda examinar los registros. <input type="checkbox"/> Otras peticiones especiales:				
NOTA: Debe presentar comprobantes de su identidad o autoridad para obtener registros confidenciales. Utilice el formulario de autorización, DSHS 17-063, para otorgar permiso para obtener registros sobre otras personas.				
SOLICITADO POR (FIRMA)				FECHA DE LA FIRMA
FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO QUE VERIFICA LA IDENTIDAD, SI SE REQUIERE		NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL TESTIGO O NOTARIO, SI SE REQUIERE		
Si no soy la persona a la que se refieren los registros confidenciales, tengo autorización para obtener acceso a estos registros dado que soy (anexar evidencia de la autoridad): <input type="checkbox"/> Padre del menor <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Representante personal o albacea <input type="checkbox"/> Otro:				
OFFICE USE ONLY (USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)				
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED BY:	DATE RECORDS PRODUCED