

## Solicitud de registros del DSHS Request for DSHS Records

<b>A. Solicitud de registros del DSHS de:</b>				
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>B. Solicitud de registros de estos programas del DSHS: (Marque todos los aplicables)</b>				
<input type="checkbox"/> Administración de Salud Conductual (BHA) <input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios (CSD – asistencia pública)				
<input type="checkbox"/> Manutención de Menores (DCS) <input type="checkbox"/> Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS)				
<input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo (DDA) <input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Residencial (RCS)				
<input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional (DVR) <input type="checkbox"/> Instituciones de salud mental del estado (ESH, WSH, CSTC)				
<input type="checkbox"/> Centro de Compromisos Especiales (SCC) <input type="checkbox"/> Recursos Humanos y Nóminas				
<input type="checkbox"/> Otro:				
<b>C. Solicitud de registros de cliente del DSHS de:</b>				
<input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> OTRA PERSONA		NOMBRE	APELLIDO	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO		NOMBRES ANTERIORES		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHAS DEL SERVICIO	UBICACIÓN DEL SERVICIO	
<b>REGISTROS DEL CLIENTE SOLICITADOS:</b> 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.				
<b>Enumere todas las limitaciones a los registros del DSHS solicitados (por fecha, tipo de registro, etc.):</b>				
<b>D. Solicitud de otros registros del DSHS</b>				
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:				
<b>E. Acceso a los registros (llene esta sección para todas las solicitudes)</b>				
<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:				
<b>NOTA:</b> 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:				
<b>OFFICE USE ONLY (USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)</b>				
DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED BY:	DATE RECORDS PRODUCED