

**Plan de Salud Mental
del Condado de Riverside
Quality Improvement Coordinator
P.O. Box 7549
Riverside, CA 92513
1-800-660-3570**

Solo para el uso de la oficina
By: _____
Forward To: _____
Date: _____
Date Client Notified: _____
Outcome: _____

SOLICITUD DE APELACIÓN

Este formulario se usa para entablar una apelación. Si requiere asistencia llenando este formulario, puede pedir ayuda de su proveedor, o llame al Programa del Mejoramiento de Calidad al (800) 660-3570 o a los Derechos del Paciente al (800) 350-0519, o localmente al (909) 358-4600. Necesita incluir una autorización para divulgar información con esta solicitud de apelación. Puede presentar esta apelación entregándosela al clínico, al Supervisor del Programa, o mándela directamente al Programa del Mejoramiento de Calidad al domicilio escrito arriba.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Su domicilio y teléfono son de suma importancia. Necesitamos esta información para comunicarnos con usted acerca del resultado de la apelación.

Su Nombre: _____

Su Domicilio: _____

Su Teléfono Durante el Día: _____

Marque aquí si actualmente se encuentra en un programa de tratamiento residencial pagado por Medi-Cal.

Marque aquí si esta pidiendo que su solicitud de apelación sea procesada por el Proceso de Apelación expedito.

Prestador de Servicios Actual: _____

Si aplica, Persona Responsable por Usted: _____

El Domicilio de esa Persona: _____

El Teléfono Durante el Día de esa Persona: _____

Plan de Salud Mental del Condado de Riverside
Autorización para Divulgar Información del Expediente Médico

Apellido del Cliente	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
----------------------	---------------	----------------	---------------------

Domicilio Teléfono	Ciudad	Zona Postal	Número de
-----------------------	--------	-------------	-----------

Yo, el suscrito, por el presente autorizo: (Nombre y domicilio del proveedor de servicios médicos con los archivos)

Nombre del Proveedor de Tratamiento Médico

Domicilio

Ciudad	Estado	Zona Postal
--------	--------	-------------

Y al: **Plan de Salud Mental del Condado de Riverside**
Mejoramiento de Calidad
P.O. BOX 7549
Riverside, CA 92513

acceso a mis archivos médicos con el propósito de _____.
También autorizo a usted para que provea copias de las mismas según se soliciten.

La autorización está sujeta a las siguientes limitaciones:

- _____ 1. Limitados a los archivos relativos al tratamiento del periodo comenzando con _____ hasta _____.
- _____ 2. Limitados a los archivos relativos al ingreso y el tratamiento para la condición médica o lesión siguiente: _____.

_____ 3. Limitada a la siguiente información especificada: _____

_____ 4. Todo archivo médico.

Este consentimiento está sujeto a revocación por el suscrito en cualquier momento dado, excepto si algunos pasos hayan sido tomados confiando en el mismo, y si el mismo no ha sido revocado antes, el mismo deja de ser vigente en tres (3) meses de la fecha del consentimiento sin revocación expresa.

Firma del Cliente, el Tutor Legal, o el Representante (Favor de circular el apropiado)

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Cualquier divulgación de información de los archivos médicos por el que tiene los mismos se prohíbe, excepto cuando se indique implícitamente en el área del propósito para la divulgación.