

**MINISTERIOS SOCIALES CATOLICOS, INC.**

**PETICION INDIVIDUAL POR INFORMACION DE SALUD  
PROTEGIDA POR LEY (PROTECTED HEALTH INFORMATION  
[PHI])**

Este formulario es una petición individual por información de salud que es protegida por ley (PHI) la cual es mantenida por los Ministerios Sociales Católicos, Inc. Para obtener su PHI es necesario completar este formulario.

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_  
Domicilio: (Calle/Ciudad/Estado/Código Postal): \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Social Security: \_\_\_\_\_  
Fecha de Petición: \_\_\_\_\_

PIDO QUE LOS MINISTERIOS SOCIALES CATOLICOS ME PROVEAN ACCESO A LA SIGUIENTE INFORMACION (PHI) MIA:

- Records de Salud Mental
- Records de cuentas
- Otros Records \_\_\_\_\_

QUISIERA RECIBIR LA PHI PEDIDA DEL MODO SIGUIENTE:

- Fotocopia mandada a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Otro modo: \_\_\_\_\_
- Quisiera ver mi PHI en la oficina de CSM

ENTIENDO QUE LOS MINISTERIOS SOCIALES CATOLICOS (CSM) PUEDE COBRAR POR LOS COSTOS DE FOTOCOPIAS, CORREO O OTROS SERVICIOS ASOCIADOS CON MI PETICION.

\_\_\_\_\_  
Firma del Individuo \_\_\_\_\_  
Fecha

EN EL EVENTO QUE UN REPRESENTATIVO PERSONAL DEL INDIVIDUO COMPLETA LA PETICION:

\_\_\_\_\_  
Firma del Representativo Personal \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Autoridad Legal del Representativo Personal