



Solicite una copia de sus propios expedientes médicos a la División de Salud del Comportamiento del Condado de Clackamas

Nombre legal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre, si es diferente al nombre legal: _____

Número de teléfono: _____

¿A quién quiere que le entreguemos sus expedientes?

_____ A mí mismo/a _____ A la otra persona indicada a continuación
(debe completar un Formulario de Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida)

_____ Tutor legal Nombre: _____
Teléfono: _____

¿Qué información de su expediente de salud desea obtener?
(por favor, incluya los detalles)

¿Cómo quiere que le entreguemos dichos expedientes?

___ Verlos en persona ___ Recoger una copia ___ Fax: _____

___ Correo electrónico seguro: _____

___ Correo postal (otorgue la dirección): _____

___ Otro (indique los detalles): _____

Firma del individuo/Tutor legal

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Devuelva este formulario a:

Correo electrónico: BHBillingandRecords@clackamas.us

Fax: 503-742-5312

Correo postal: 11211 SE 82nd Avenue, Suite O Happy Valley, OR 97086

Teléfono: 503-742-5335