



Solicitud de Registros

Por favor complete y regrese este formulario a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Por favor anote abajo a dónde quiere que le mandemos la información que usted ha pedido e información de contacto en caso que tengamos preguntas sobre la información que ha pedido.

Nombre del Solicitante _____ Teléfono _____

Dirección para el Correo _____ Número de Fax (opcional) _____

_____ Email _____

Si está pidiendo información sobre un cliente específico, por favor incluya información sobre el cliente.

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento del Cliente _____
(Primer Nombre, Segundo, Apellido)

Dirección del Cliente _____ Teléfono del Cliente _____

Se solicita descripción detallada del registro; sea específico. Por ejemplo, si conoce el número del caso, el intervalo de los registros que se necesitan o el nombre del beneficio o del servicio implicado, incluya la información. Es posible que ayude a agilizar su solicitud.

Quiere:

Revisar esta información.

Reciba una copia de esta información. Tenga en cuenta: Es posible que se cobre una tarifa por esta.

El Departamento le avisará por escrito si no puede responder a su solicitud dentro de tres días hábiles.

Si este consentimiento está siendo hecho por otra persona y no por el sujeto del registro, por favor describa y provea documentación de su autoridad para solicitar información sobre esa persona _____

Su firma _____

Fecha de la solicitud _____

Si solicita información específica del cliente, su firma debe estar notariada si envía esta solicitud por fax, correo aéreo o correo electrónico y no podemos verificarla con la información que ya está en el archivo.

Yo, _____, siendo un Notario Público, por la presente certifico que en este día _____ de _____, de 20_____, la persona de arriba, siendo primero debidamente jurada, apareció ante mí y firmó el previo documento.

Firma del Notario Público

Notario Público residiendo en _____

Mi comisión expira _____

For DHW Office use only

- ID Provided _____
- Form Complete _____
- Authority: _____
- Accessing own records _____
- Documentation Attached _____
- Not Required _____