



Ventura County Fire Protection District
 Attn: Custodian of Records Office
 2400 Conejo Spectrum Street, Thousand Oaks, CA 91320
 (805) 383-4718 or firepublicrecords@venturacounty.gov

SOLICITUD DE REGISTROS DE RESPUESTA A EMERGENCIAS CON INFORMACIÓN MÉDICA

El Departamento de Bomberos del Condado de Ventura (VCFPD, por sus siglas en inglés) hace todo lo posible para cumplir con las solicitudes de registros públicos en virtud de la Ley de Registros Públicos de California, al tiempo que garantiza el cumplimiento de las leyes federales (HIPAA) y estatales (CMIA) para la información médica protegida (PHI). Es posible que se requiera una tarifa.

El formulario adjunto de Autorización para el Uso Y Divulgación de Información y Registros de Salud Protegidos debe ser completado en su totalidad y proporcionado junto con esta solicitud por correo de EE. UU., en persona, o por correo electrónico seguro antes de que se busquen y proporcionen los registros.

Por favor busque y si está disponible, proporcione los tipos de registros del Distrito de Bomberos resaltados a continuación:

- REPORTE DE INCIDENCIAS.** Reporte creado por el comandante de incidentes que cumple con las reglas del Sistema Nacional de Información para la Respuesta a Emergencias (NERIS).
- REPORTE DETALLADO DEL INCIDENTE.** Reporte que captura eventos de incidente con marcas de tiempo que se reportan en el registro de despachadores (CAD) durante el incidente.
- REPORTE DE INVESTIGACIÓN DE INCENDIOS.** No todos los incendios tendrán un Reporte de Investigación de Incendios. Dependiendo de la complejidad del incidente y otros factores, es posible que un reporte no se complete hasta semanas o meses.
- REPORTE MÉDICO.** No todas las respuestas tendrán un reporte médico creado por un respondedor de incendios.
- OTRO.** Por favor busque lo siguiente: _____

INFORMACIÓN SOBRE INCIDENTES (**campo obligatorio*)

Número de incidente (si se conoce; asignados por VCFPD, no por las fuerzas policiales):

		-							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Fecha*: _____ Dirección/Ubicación*: _____

Ciudad/Comunidad*: _____ Calle transversal (si se sabe): _____

Tiempo (estimado): _____ Tipo de incidente (incendio, accidente, etc.): _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicitante: _____ Número de teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Dirección postal: _____

ENVÍO ES SOLO POR CORREO DE EE. IUU. O EN PERSONA EN LA SEDE DE BOMBEROS: 2400 Conejo Spectrum Street, Thousand Oaks, CA 91320 O CORREO ELECTRÓNICO SEGURO: firepublicrecords@venturacounty.gov

(Si envía por correo electrónico este formulario y los documentos de respaldo, consulte con su proveedor de correo electrónico cómo enviar correos electrónicos confidenciales.)



AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LOS REGISTROS DE SAULD PROTEGIDA

Formulario de Autorización Médica del Departamento de Bomberos del Condado de Ventura (VCFPD)

Esta autorización para el uso o divulgación de información médica protegida tiene como objetivo satisfacer los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) [45 c.f.r. § 164.500 *et seq.* (2003)] y la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California [Código Civil § 56 *et seq.*].

Por favor revise y complete la autorización cuidadosamente. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar la autorización.

Si tiene alguna pregunta sobre esta autorización, comuníquese con el Custodio de Registros del Departamento de Bomberos del Condado de Ventura, 2400 Conejo Spectrum Street, Thousand Oaks, California 91320, (805) 383-4718.

REGISTROS QUE SE PUBLICARÁN

Yo, _____, por la presente autorizo al Departamento de Bomberos del Condado de Ventura (VCFPD) para divulgar la información y los registros de salud protegidos de:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN *(**El nombre debe coincidir con el nombre que se encuentra en la sección Información del Solicitante en la página 1.)*

Nombre: _____ Organización: _____

Relación al paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN *(debe completarse para recibir registros)*

A menos que el paciente la revoque, esta autorización para la divulgación de información médica protegida a la persona u organización mencionada anteriormente se vencerá en la fecha especificada a continuación:

Fecha de vencimiento: _____
(mes/día/año)



AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LOS REGISTROS DE SALUD PROTEGIDA

Formulario de Autorización Medica del Departamento de Bomberos del Condado de Ventura (VCFPD)
(Continuado)

DERECHOS DEL PACIENTE

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito al Departamento de Registros del Departamento de Bomberos del Condado de Ventura, 2400 Conejo Spectrum Street, Thousand Oaks, California 91320. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que VCFPD se haya basado en el uso o divulgación de la información médica protegida.

VCFPD no condicionará mi tratamiento a si doy autorización para el uso o la divulgación solicitados, a menos que la ley permita específicamente lo contrario.

Entiendo que la ley de California prohíbe que el destinatario de mi información de salud haga más divulgaciones sin obtener una autorización adicional de mi parte, excepto en los casos en que la ley permita o exija una divulgación adicional. Sin embargo, si el destinatario de mi información de salud no se encuentra en California, entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o por la ley del estado en el que se encuentra el destinatario.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si lo solicito. Además, si VCFPD ha solicitado esta autorización, se me debe proporcionar una copia ejecutada de la autorización, ya sea que la solicite específicamente o no.

FIRMA DEL PACIENTE

Firma del paciente

Fecha: _____
(mes/ día/año)

Escriba el nombre del paciente

FIRMA DEL SOLICITANTE, SI NO ES PACIENTE (**El nombre debe coincidir con el nombre que se encuentra en la sección Información del Solicitante en la página 1.)

Firma del representante personal

Fecha: _____
(mes/ día/año)

Escriba el nombre del representante personal

NOTA: Si está firmado por un representante personal del paciente, por favor complete la Declaración Jurada en Apoyo de la Solicitud de Registros Médicos de VCFPD en la página siguiente.

Solo para uso de la oficina

Iniciales del Custodio de Registros de VCFPD que indique que se proporcionó una copia de la divulgación.

_____ (Initials of VCFPD Custodian of Records that a copy of the release was provided.)

