# Restricción de Acceso a la Persona a su Propia Historia Clínica

_____, atendido actualmente o en el pasado por esta institución presentó una solicitud el _____ (Fecha) para revisar su historia clínica. La historia clínica implica todas las partes del registro que debe ser llevado e incluye todas las anotaciones médicas, notas del progreso, gráficos e información de admisión y alta, y toda información registrada por una institución que esté relacionada con la hospitalización y el tratamiento de la persona. Este acceso estuvo limitado de la siguiente manera: _____

_____

_____

_____

Los motivos de esta restricción fueron: _____

_____

_____

_____

El daño a la persona como resultado de dicho acceso fue determinado por el médico de la persona como: _____

_____

_____

_____

**Esta restricción caducará el _____** (fecha) **(caduca automáticamente después de siete días pero puede ser renovada luego de una revisión durante períodos de 7 días posteriores).**

_____ _____ _____ a.m. p.m.
Firma del Médico de la Persona Fecha Hora

_____ _____
Aclaración Matrícula Profesional

**Este formulario debe ser completado e incluido en la historia clínica de la persona cada vez que la persona solicite en forma oral o escrita ver su registro y la institución no brinda la información solicitada. Las políticas y el procedimiento de la institución deben establecer los criterios para determinar qué información puede ser perjudicial para las personas atendidas en la institución, y establecer un momento razonable para responder las solicitudes de acceso, identificar métodos para brindar el acceso que garanticen ayuda clínica a la persona a la vez que garanticen la integridad del registro, etc. Cualquier renovación de la limitación al acceso requerirá una justificación por escrito.**

cc: Marcar lo que corresponda y proporcionar la fecha/hora/inicial en que la copia fue provista:

| Individuo | Fecha en que la copia fue provista | Hora en que la copia fue provista | Iniciales de la persona que proporcionó la copia |
|---|---|---|---|
| ☐ Persona | | a.m. p.m. | |
| ☐ Curador | | a.m. p.m. | |
| ☐ Representante de Curador | | a.m. p.m. | |
| ☐ Representante | | a.m. p.m. | |
| ☐ Abogado | | a.m. p.m. | |

Ver Art. 394.455(9), 394.4615(9), Leyes de Florida
Formulario CF-MH 3110, Febrero de 2005 (Ediciones anteriores obsoletas) (Formulario recomendado) **LEY BAKER**