



PRISON LAW OFFICE

General Delivery, San Quentin, CA 94964
Telephone (510) 280-2621 • Fax (510) 280-2704
www.prisonlaw.com

Su responsabilidad al utilizar esta información:

Hemos hecho todo lo posible por ofrecerle información útil y precisa. Sabemos que las personas encarceladas suelen tener problemas para obtener información jurídica y, por lo tanto, no podemos dar consejos específicos a todo el que nos los pide. Las leyes cambian con frecuencia y pueden verse de diferentes maneras. No siempre disponemos de los recursos necesarios para modificar este material cada vez que cambie la ley. Si utiliza la información que figura a continuación o la que se incluye aquí, es su responsabilidad asegurarse de que la ley no haya cambiado y siga siendo aplicable a su situación. La mayor parte del material que necesita debería estar disponible en la biblioteca jurídica, incluido en las tabletas electrónicas del Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California (CDCR, por sus siglas en inglés).

Cómo solicitar información o expedientes médicos al CDCR

(revisado en febrero de 2025)

Usted tiene derecho a obtener copias de sus expedientes médicos del CDCR o a que se entreguen copias de sus expedientes a una persona externa, como un familiar, un defensor legal, un profesional médico, una agencia de beneficios públicos o un proveedor de servicios de liberación. También puede autorizar al personal de atención médica del CDCR para que hable o escriba a personas externas sobre su atención médica.

La información presentada a continuación explica cómo solicitar la revisión o la obtención de copias de sus expedientes de atención médica, o cómo hacer para que esos expedientes sean entregados a otra persona. Las reglas y políticas sobre estos temas deben estar a su disposición en las tabletas del CDCR o en la biblioteca jurídica de la prisión.¹

¹ La información completa sobre sus derechos a solicitar copias de sus expedientes médicos y sobre cómo autorizar la divulgación de información médica a otras personas se encuentra en el Código de Reglamentos de California, título 15, § 3999.216 a § 3999.219 y en el Manual de Operaciones del Departamento de Atención Médica del CDCR (a veces llamado Health Care DOM o HCDOM) § 2.2.2 (Uso y divulgación de información médica protegida bajo la autorización del paciente), § 2.3.4 (Divulgación de información médica protegida) y § 2.3.15 (Consultas sobre la atención médica de los pacientes). Las personas con acceso a Internet pueden tener acceso a los reglamentos del CDCR en el sitio web del CDCR en <https://www.cdcr.ca.gov/about-cdcr/regs-and-policy>. Y en las páginas de información del DOM sobre la divulgación médica se encuentran en el sitio web del CCHCS en <https://cchcs.ca.gov>.

Para solicitar la revisión o la divulgación de sus expedientes o de cualquiera información de atención médica del CDCR, debe completar el formulario 7385 del CDCR (Autorización para la divulgación de información médica protegida). Una copia de dos páginas del formulario 7385 (última fecha de revisión 1/2025) está adjunta a esta carta.

Debe hacer todo lo posible por rellenar todas las secciones del formulario 7385. Puede solicitar la mayoría de los expedientes de atención médica, incluidos los expedientes médicos y / o dentales, al marcar una o más de las casillas de la Sección 5-A. Para obtener expedientes de servicios prestados fuera del CDCR por Centros Regionales (servicios para la discapacidad del desarrollo) o servicios prestados por proveedores de tratamiento por abuso de sustancias, debe marcar la(s) casilla(s) correspondiente(s) en la Sección 5-B.

Tu deberías seleccionar si tu permites CDCR te propocione los registros escritos/electronico o informacion verbal o por ambos. Tu deberías escojer la fecha de vencimiento para tu autorizacion; y si tu no has seleccionado la autorizacion deberia tener efecto por un año.

Después de haber rellenado el formulario 7385, introdúzcalo en un sobre. Si usted está en prisión, utilice el sistema de correo de la prisión para enviar el formulario a "Health Records" (expedientes médicos). Si está fuera de prisión, puede enviar el formulario y la copia de un documento de identidad a Health and Imaging Records Center, P.O. Box 588500, Elk Grove, CA 95758; también puede enviar su solicitud por fax al (916) 229-0608 o por correo electrónico a releaseofinformation@cdcr.ca.gov. Anote la fecha y el método de envío del formulario para tener constancia del envío en caso de que su solicitud se pierda o se retrase.

El personal de expedientes médicos puede denegar su solicitud de divulgación de información si no ha rellenado el formulario correctamente, si ha declarado datos falsos o si ya ha pasado la fecha de vencimiento de la divulgación. Si su solicitud de divulgación de información no es válida, el personal médico debe notificárselo en un plazo de 15 días hábiles y debe darle la oportunidad de poder preparar y presentar un nuevo formulario de divulgación.

El personal de expedientes médicos también puede denegar su solicitud si:

- usted solicitó que se divulgaran sus expedientes a otra persona y el personal tiene una creencia razonable de que la otra persona haya ejercido violencia doméstica, abuso o negligencia sobre su persona. En este caso, usted se pondría en peligro si se divulgara la información a esa persona. Igualmente, divulgar la información a esa persona no sería lo mejor para usted;
- usted solicitó la divulgación de su historial de salud mental y el personal cree que la información supondría un "riesgo sustancial de consecuencias adversas o perjudiciales significativas" para usted o para otra persona;
- la información médica se recopiló para usarse en una acción civil, penal o administrativa;
- la información que solicitó se obtuvo bajo la promesa de confidencialidad de una persona que no es un proveedor de atención médica y su divulgación probablemente revelaría la fuente de la información; o

- la divulgación de la información que solicitó pondría en peligro su salud, su seguridad, su custodia o su rehabilitación o la de otros pacientes, o la seguridad de cualquier agente, empleado u de otra persona.

La regulación establece que si se deniega su solicitud de divulgación del expediente de salud mental por un riesgo que podría afectarle negativamente, el personal médico debe informarle el motivo de la denegación en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha de presentación de su solicitud. La regulación no establece plazos para la notificación de otros motivos de denegación.

Si su solicitud de divulgación de expedientes es aceptada, recibirá una notificación y los expedientes dentro de los 15 días hábiles siguientes a su solicitud. Si el CDCR no puede proporcionar los expedientes dentro de los 15 días hábiles, recibirá un aviso de la demora y los expedientes serán enviados dentro de unos 15 días hábiles adicionales. Si su solicitud es para la divulgación de expedientes que no están en posesión del CDCR, recibirá un aviso que le indique dónde enviar su solicitud de divulgación de información. No se le debe cobrar por las copias de sus propios expedientes médicos.² Si pide que el personal de atención médica envíe sus expedientes a una persona externa, es posible que esa persona tenga que pagar una tarifa. Sin embargo, se proporcionará una copia gratuita de sus expedientes a su representante si los expedientes son necesarios para apoyar una apelación con respecto a la elegibilidad para un programa de beneficios públicos (a menos que usted sea representado por un abogado privado que esté pagando los costos relacionados con su apelación).

Si ha autorizado el CDCR a comunicarse verbalmente o por escrito con otra persona acerca de su atención médica, hay varias maneras en las que esa persona pueda obtener información:

- para obtener información sobre **cambios urgentes en el estado de salud de una persona**, ésta puede llamar y dejar un mensaje en la línea de la prisión que trata las **consultas sobre la atención médica de los pacientes (PHCI, por sus siglas en inglés)**. Hay una lista de los números de teléfono de PHCI de todas las prisiones en el sitio web de los servicios de salud penitenciarios de California (CCHCS, por sus siglas en inglés) en <https://cchcs.ca.gov/phi-phone-numbers/>. Las consultas por teléfono deben ser revisadas por el personal médico con un grado mínimo de enfermera registrada en el plazo de un día laborable. Se supone que el personal deba intentar responder a los mensajes telefónicos sobre asuntos urgentes en un plazo máximo de 5 días laborables y a los mensajes sobre fallecimientos, lesiones o enfermedades graves en el plazo de 1 día laborable. Sin embargo, no se devolverán llamadas que no estén relacionadas con asuntos urgentes.
- para cualquier asunto, la persona puede enviar una solicitud por escrito al departamento de correspondencia y apelaciones sobre atención médica (HCCAB, por sus siglas en inglés). El tratamiento de la solicitud empezará el día de su recepción. La persona puede enviar su solicitud por correo a California Correctional Health Care Services, Health Care Correspondence and Appeals Branch, P.O. Box 588500, Elk Grove, CA 95758 o

² Health Care DOM § 2.3.4(e)(9)(A).

por correo electrónico a m_CCHCSPHCI@cdcr.ca.gov. Se supone que el personal responda a las solicitudes escritas en el plazo de 45 días laborables.

Si no recibe una respuesta al formulario 7385, o si tiene algún otro problema con la divulgación de sus expedientes o de cualquiera información de atención médica, puede presentar el formulario de queja de atención médica 602-HC del CDCR. En el formulario 602-HC, explique cuándo y cómo envió su formulario 7385, y explique qué problema tiene. Si desea más información sobre cómo presentar el formulario 602-HC, escriba a Prison Law Office solicitando información sobre quejas administrativas y apelaciones. Las personas con acceso a Internet también pueden encontrar información sobre quejas administrativas y apelaciones en la página de recursos del sitio web de Prison Law Office, www.prisonlaw.com.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento	# CDCR
--	---------------------	--------

2. PARTES A RECIBIR INFORMACIÓN (SELECCIONE UNA)

- Paciente Nombre de la Persona u Organización _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Correo electrónico/Fax: _____ Número telefónico: _____
- Organizaciones federales, estatales, del condado y de base comunitaria (incluidos proveedores de servicios, coordinadores de atención y personal de gestión de casos) que coordinan los servicios previos a la puesta en libertad, de transición y posteriores a la puesta en libertad de la atención al paciente.

3. PARTE QUE DIVULGARÁ INFORMACIÓN

- CDCR
- Nombre de la Organización _____

4. FINALIDAD (SELECCIONE UNA)

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Continuidad de los cuidados | <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Amigos o Familiares | <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|---|

5. INFORMACIÓN A DIVULGARSE

A. Información de salud Protegida (seleccione sólo 1, 2 ó 3)

- 1. Toda la información relacionada con mis cuidados
- 2. La siguiente información
 - Información sobre salud mental
 - Información dental
 - Información médica
 - Otra información (especifique) _____
- 3. Sólo resultados de la prueba del VIH. Entiendo que los resultados de la prueba del VIH se divulgan por separado de otros historiales de atención médica. **Acepto que, al marcar esta casilla de resultados de la prueba del VIH, autorizo la divulgación de información de salud protegida especialmente. Se requerirá una nueva autorización para posteriores divulgaciones.**

B. Información de Salud Especialmente Protegida (seleccione si procede)

Entiendo que los tipos de información que figuran a continuación tienen protecciones de confidencialidad adicionales exigidas por la ley. Deseo que se divulgue la siguiente información de salud especialmente protegida si se encuentra en mi expediente:

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

- Registros de servicios de discapacidad del desarrollo del centro regional para la atención prestada fuera del CDCR ("Servicios DDS")
- Registros de servicios de tratamiento de consumo de sustancias para la atención prestada fuera del CDCR, incluyendo cualquier servicio prestado por un Programa de Tratamiento de Narcóticos ("Servicios del Programa Parte 2").

C. Fechas del Servicio (seleccione una)

- Todas las fechas del servicio
- Sólo fechas de servicio a partir de (insertar fechas) _____ - _____

6. MÉTODO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN (SELECCIONE TODO LO QUE SEA APLICABLE)

- Registros escritos o electrónico (por ejemplo, facsímil, correo, CD)
- Correspondencia verbal

7. FECHA DE CADUCIDAD

Esta autorización permanecerá en vigor como se indica a continuación (seleccione una opción):

- Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada por el paciente
- La presente autorización caduca un año después de la fecha de su firma
- Esta autorización caduca en la siguiente fecha: _____.

8. DERECHOS

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización; la negativa no afectará a mi derecho a recibir tratamiento.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Servicios de Atención de Salud Penitenciaria de California, Servicios de Gestión de la Información sobre la Salud.
- Si revoco esta autorización, mi revocación entrará en vigor en el momento de su recepción, pero no afectará a las utilidades o divulgaciones realizadas mientras mi autorización era válida.
- Puedo solicitar una copia de este formulario firmado.
- La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del receptor y puede dejar de estar sujeta a la protección de la ley de privacidad federal y estatal.
- Incluso si no autorizo la divulgación de información de salud, el CDCR puede compartir mi información confidencial para tratamiento, pago y operaciones de atención médica y otros fines requeridos o permitidos por la ley.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

9. FIRMAS

Firma del Paciente/Agente	Fecha
Nombre en letra del molde del Paciente/Agente	Relacion con el paciente (si es aplicable)

Si usted es un Agente, debe adjuntar documentación de su autoridad para actuar en nombre del paciente.