

Solicitud de acceso a la información médica

Nota: Para autorizar la divulgación de su información médica a otra persona o agencia, debe completar el formulario Autorización para divulgar información médica o escribir una carta.

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Otros nombres que usa:		Fecha de nacimiento:	
N.º de teléfono:		N.º de fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Me gustaría:

- Inspeccionar mi información médica Recibir una copia de mi información médica

Solicito una de las siguientes opciones para mis registros médicos:

- Recibirlos por correo (a la dirección mencionada) Recibirlos por fax (al número de fax mencionado) Recibir una llamada telefónica para retirarlos (al número de teléfono mencionado)

Otros: _____

Solicito los siguientes registros:

- Registro de vacunación Registros de tratamientos Registros de diagnósticos
- Plan de atención Notas del caso/progreso Recetas
- Tratamiento para la tuberculosis/pruebas de tuberculosis Registros de ETS Registro completo

Otros: _____

En las siguientes fechas específicas de servicio _____ **para** _____

Firma del cliente (padre o representante legal, si corresponde)

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación/Autoridad

**Adjunte documentación legal si es el tutor legal o tiene un poder notarial médico.*

Solo para uso interno:					
Fecha de recepción:		Recibido por:			
Fecha de envío:		Solicitud enviada a:		División:	
<input type="checkbox"/> Inspección de la información médica			<input type="checkbox"/> Copias de la información médica		
Inspección programada el:		Copias proporcionadas por:			
Inspección finalizada el:		Copias proporcionadas por:			