



Solicitud para examinar o copiar la información médica protegida

Paciente:

Nombre del paciente/nombres anteriores

Fecha de nacimiento

Dirección postal, ciudad, estado, código postal

Número de teléfono

Divulgar mi información médica protegida: A mí A la persona que se indica abajo

Nombre de la persona: _____

Oficina comercial (si corresponde): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información que se divulgará

Fechas de servicio: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas de visitas al consultorio | <input type="checkbox"/> Informes de procedimientos | <input type="checkbox"/> Informes de ECG |
| <input type="checkbox"/> Notas de visitas de telemedicina | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Notas telefónicas | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Notas de farmacia |
| <input type="checkbox"/> Todos los expedientes médicos | <input type="checkbox"/> Vacunas | |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

Es posible que se nos prohíba proporcionar determinada información a usted o a su representante, incluida la siguiente:

- Notas de psicoterapia
- Información relacionada con una investigación médica en la que ha aceptado participar
- Información relacionada con procedimientos judiciales
- Información obtenida bajo la promesa de confidencialidad
- Información que las leyes federales o estatales nos impiden divulgar
- Información cuya divulgación puede dar lugar a daño o lesión a usted u otra persona

Esta información: Se enviará por correo postal Se recogerá Se enviará por fax Se examinará Otro:

Elija el formato: Copia impresa Medios electrónicos

Sus derechos con respecto a esta solicitud:

Dentro de las limitaciones de la ley, haremos todo lo posible para satisfacer su solicitud. Completaremos nuestra revisión y, según se indique, proporcionaremos una copia u organizaremos para que usted examine los expedientes en un plazo de 15 días hábiles a partir de la solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito de cualquier restricción respecto de la información que podemos brindarle o de nuestro rechazo de su solicitud.

Nombre del paciente o representante legal y relación, en letra de imprenta

Firma del paciente o representante legal

Fecha