

FNA, P.C.

Solicitud Para Obtener Acceso y/o Copia de Información Médica Protegida

Sección A: Completar y firmar sólo la primera página. (Por favor escriba con letra imprenta)

Estoy sometiendo una solicitud para revisar y/o recibir una copia de mi información médica creada por el Sitio de Práctica nombrado abajo. Entiendo que puedo pagar un precio razonable por la copia de mis expedientes médicos. También puede haber cobros por envío. Recibiré los expedientes médicos en un período de 30 días. Este Sitio de Práctica podría extender el plazo de cumplimiento por 30 días, comprobando que recibí notificación por escrito de tal extensión. Si este Sitio de Práctica ya no mantiene mi información médica, se me informará a dónde dirigir mi pedido.

1. Por favor marque el Sitio de Práctica dónde está solicitando obtener el acceso y/o revisar sus expedientes médicos.

Table with 2 columns and 3 rows of checkboxes for medical practice locations: Centro Pulmonar Pediátrico, Centro Pediátrico de Dormir, Administración Especialista para Médicos Asociados, Inc, Grupo Pediátrico de Enfermedades Infecciosas, Grupo Pediátrico Quirúrgico.

Nombre del Paciente: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Teléfono #: _____ Fecha de Nacimiento del paciente: _____

2. Por favor marque el casillero que indique cómo le gustaría recibir los expedientes médicos que solicita.

Enviarlos por correo a la siguiente dirección: _____
Número y Nombre de la Calle Ciudad Estado Código Postal

Recogerlos (Necesitará una identificación con foto.) Por favor deje un número telefónico dónde se le pueda llamar cuando las copias estén listas para recogerlas: _____

Revisarlos personalmente (Necesitará una identificación con foto.) Cualquier revisión de los expedientes médicos del paciente se realizará en la presencia de un miembro de la clínica. Por favor deje su número telefónico dónde se le pueda llamar para hacer una cita: _____

3. Por favor marque el casillero(s) que indique los tipos de expedientes que le gustaría recibir y la fecha(s) de Servicios de esos expedientes.

- Hoja demográfica, Reportes de Diagnóstico por Imágenes, Estado de Cuenta, Notas de Oficina/Cita, Prueba de Función Pulmonar, Resultados de Estudio para Dormir, Consultas, Notas de Operatorio, Enviar el Record Médico Completo, Reportes de Laboratorio, Reporte de Patología, Otros

Por favor proporcione la Fecha(s) del Servicio de los cuales quisiera los expedientes: _____

Firma del Paciente o Representante Personal del Paciente _____

Fecha _____

Nombre del Paciente o Representante Personal del Paciente _____

Relación del Representante con el paciente (Si aplica) _____

SECCION B: For office use Only (Sólo para el uso de la oficina)

Medical Record Number: _____

_____(Name) Records mailed/picked up on _____ (date)

_____(Name) Records inspected on _____ (date)
(if applicable)

_____(Name) Sent notice of 30-day extension on _____ (date)
(if applicable)

_____(Name) Request denied on _____ (date)
(if applicable)

Reason for denial _____ (if applicable)