

**Fairfax Neonatal Asociados, P.C.**  
**Instrucciones para concluir el Formulario de los Sitios de Práctica Clínica Ambulatoria**  
**“Solicitud Para Obtener Acceso y/o Copia de Información Médica Protegida”**

Usted obtendrá copias de los expedientes médicos gratuitos cuando los expedientes son dirigidos hacia otro proveedor de salud, para propósitos de tratamiento. Si está solicitando expedientes médicos para ser dados a usted o un representante, **sólo debe completar la Sección A**. Por favor escribir la información claramente para poder identificar el paciente correctamente.

**Sección A:**

1. Marcar el sitio de práctica dónde está solicitando la copia o el acceso del expediente médico.
  - Escribir el nombre completo del paciente, incluyendo la inicial del segundo nombre.
  - Dar un número de teléfono para contactarlo si tenemos alguna pregunta.
  - Escribir la fecha de nacimiento del paciente.
  
2. Por favor marcar una de las cajas para indicar cómo le gustaría recibir la solicitud.
  - Si le gustaría recibir los expedientes médicos por el correo a su dirección actual, por favor dar su dirección completa, incluyendo la calle, ciudad, estado y código postal.
  - Si le gustaría recoger los expedientes médicos personalmente, por favor dar un número de teléfono para contactarlo cuándo los expedientes estén listos. Por favor tenga en mente que le pediremos una identificación con foto antes de entregarle los expedientes médicos.
  - Si le gustaría revisar los expedientes médicos en persona, dar un número de teléfono para contactarlo y poder hacer una cita. Por favor tenga en mente que el personal clínico estará presente durante la revisión de los expedientes. También le pediremos una identificación con foto antes de revisar los expedientes médicos.
  
3. Por favor seleccione los tipos de expedientes médicos de los cuales quiere las copias. Si un expediente en particular no está en la lista, por favor dar una descripción de el expediente dónde dice, “Otros”.
  - Por favor dar la Fecha(s) de Servicio de los expedientes médicos requeridos.

Firme en la línea si es usted el paciente o el representante personal del paciente. Indique la fecha que está firmando. Escriba su nombre debajo de su firma. Si es aplicable, escribir su relación con el paciente, en caso que usted no sea el paciente.

Si tiene alguna pregunta concerniente a su solicitud, por favor llamar al departamento de expedientes médicos dónde usted recibió servicio .

Centro Pulmonar Pediátrico (703) 289-1410	Pediatría de Enfermedades Infecciosas(703) 226-2280
Centro de Dormir Pediátrico (703) TBD	Grupo Quirúrgico Pediátrico (703) 560-2236