

# 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.*

<b>Solo para uso interno:</b>					
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:			