

Solicitud del paciente para acceso/copia del registro médico

Nota: LOS pacientes que soliciten una copia de su registro médico deben completar este formulario.

Información del paciente

Nombre (Primer, Segundo, Apellido): _____
Dirección: _____ _____
Teléfono (residencial): _____ (Móvil): _____
Fecha de nacimiento: _____

Formalmente solicito acceso a una copia de mis Registro médicos.

- En PERSONA
- RECOGER
- ENVIAR POR CORREO

Por la presente solicito acceso a una copia de mi registro médico y solicito que se entregue mi registro a la siguiente persona y en la dirección que figura a continuación (e información de contacto si la dirección no es mi domicilio):

REGISTROS MEDICOS ENVIADOS A:	Nombre/Practice Name: _____
	Dirección: _____ _____
	Teléfono: _____ (FAX): _____



A Partner of  OneOncology

Entiendo que mi registro medico se proporcionara en una copia impresa a menos que yo solicite otro formato. También entiendo que Arizona Blood and Cancer Specialists pueda cobrar los costos reales razonables de copia y entrega de los registros solicitados.

También entiendo que, si solicito una copia electrónica, entregada por correo postal o electrónicamente, la misma se proporcionará en formato cifrado y la clave de decodificación será entregada por separado.

Si rechazo el cifrado de mi información electrónica, entiendo que mi registro electrónico no estará seguro y por este medio libero y renuncio para siempre a cualquier reclamación que pueda surgir o que pueda haber tenido cualquier momento con respecto a una copia o entrega no segura de mi registro de salud electrónico y que, en caso de una violación de dicho registro de salud electrónico, Arizona Blood and Cancer Specialists queda exempto de cualquier obligación o responsabilidad que surja de conformidad con cualquier ley federal o estatal.

(Fecha)

(Firma del individuo o representante del paciente)

Si lo firma un representante personal, complete la información a continuación:

Si está firmando como titular de un poder notarial, tutor legal, albacea administrador, adjunte una copia de los documentos legales. **NO** tiene que mostrar copias de estos documentos si ya se encuentran en los archivos de Arizona Blood and Cancer Specialists.

Nombre del representante personal

Relación con el Individuo

Dirección del representante personal

Cuidad, Estado, Código postal

Número de Teléfono del representante personal

Dirección de correo electrónico del representante personal (opcional)