

## Solicitud del paciente para el acceso/copia del registro médico

**Nota:** Los pacientes que soliciten una copia de su registro médico deben enviar este formulario completo.

### **Información del paciente**

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	
Dirección línea 1	
Dirección línea 2	
Teléfono (residencial)	
Teléfono (móvil)	
Fecha de nacimiento	
Número de seguridad social	
Número de registro del paciente (si se conoce)	

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):

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	
Dirección Línea 1	
Dirección Línea 2	
Teléfono (residencial)	
Teléfono (móvil)	

Solicito una copia de mi registro médico en el siguiente formato:

Impreso	
Correo electrónico cifrado	
Bus Universal en Serie (USB, por sus siglas en inglés) cifrado	
DVD cifrado	

Entiendo que mi registro médico se proporcionará en una copia impresa a menos que yo solicite otro formato.

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 en 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 Breast Health Specialists queda eximido de cualquier obligación o responsabilidad que surja de conformidad con cualquier ley federal o estatal.

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

(Firma del individuo o representante del paciente)

<b>Si lo firma un representante personal, complete la información a continuación:</b>	
Si está firmando como titular de un poder notarial, tutor legal, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales. <b>NO</b> tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya se encuentran en los archivos de Arizona Breast Health Specialists.	
Nombre del representante personal	Relación con el individuo
Dirección del representante personal	Ciudad, Estado, Código postal
Número de teléfono del representante personal	Dirección de correo electrónico del representante personal (opcional)