

*MedicsFirst*



1600 S Taylor Ave  
Springfield, IL 62703  
Teléfono: 217-993-7701  
Fax: 833-980-0314

### SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Códigopostal: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

Derechos del paciente: Como paciente, usted tiene el derecho de acceder a su información médica protegida (protected health information, PHI), a copiarla y a inspeccionarla, de conformidad con las disposiciones de las leyes federales. También puede tener el derecho de solicitar que se modifique su PHI, o pedir que se restrinja su uso y divulgación.

Para ayudarnos a procesar su solicitud, sírvase indicar en este formulario el tipo de solicitud que está presentando: (marque todas las opciones que correspondan)

\_\_\_\_\_ Acceso para simplemente revisar mi información médica

\_\_\_\_\_ Acceso para obtener copias de mi información médica

\_\_\_\_\_ Acceso para revisar y posiblemente solicitar modificaciones a mi información médica

\_\_\_\_\_ Acceso para revisar y posiblemente solicitar un informe pormenorizado sobre el uso de mi PHI y su divulgación a terceros

\_\_\_\_\_ Acceso para revisar y posiblemente solicitar restricciones al uso y la divulgación de mi información médica

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_