



Información del paciente (en letra de molde)

Nombre (primero, segundo, apellido):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿Qué registros desea obtener? Marque las casillas que correspondan a continuación.

Fecha(s) de servicio: ___/___/___ hasta ___/___/___

- Registros de facturación
- Resumen de altas/visitas
- Registros de la sala de emergencias
- Informes de procedimientos
- Otros (vacunaciones, medicamentos) - Sírvase especificar: _____
- Resultados de pruebas de laboratorio (Rayos X, laboratorio) - Sírvase especificar: _____

¿Cómo le gustaría recibir los registros?

- Papel
- Correo electrónico seguro
- Correo electrónico no seguro
- Portal
- USB
- CD
- Otro - Sírvase especificar: _____

Tenga en cuenta que la información enviada por medios no seguros es vulnerable. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información sea interceptada y leída por terceros que no sean la persona a quién está dirigida.

Entregar mis registros a:

- Mi persona
- Representante personal

Entregar mis registros por:

- Correo
- Fax
- En mano
- Medios electrónicos

Nombre de la persona que recibe:	Relación (si es un representante personal)
Dirección postal:	Teléfono:
Correo electrónico:	Fax:

Firma (de la persona o representante personal)

Fecha