



NORTH BUNCOMBE FAMILY MEDICINE, PA

Solicitud para acceso de su registro medico

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de grafico _____

Fecha de solicitud: _____

Escoge uno:

Me gustaría ver mi registro medico. Yo tengo/tendré una cita para ver mi información en _____ . Entiendo que North Buncome Family Medicine, P.A. puede tener un miembro de su personal para que se siente conmigo a revisar mi información.

Me gustaría copia de mi registro medico. Entiendo que pueden cobrar por las copias. Entiendo que tendré que pagar por completo antes de recoger la copia.

Propósito y descripción de la información publicada:

_____.

Por favor indique como va querer las copias. (recogerlas, enviar por correo, fax, otro.)

_____.

Para recoger indica el nombre de la persona autorizada para recoger estos registros.

Entiendo que North Buncombe Family Medicine, P.A. tiene treinta días para procesar su requisito si su información es mantenida en la oficina, sesenta días si es mantenida en otro lugar, también North Buncombe Family Medicine, P.A. puede extender treinta días mas si es notificado en escrito sobre la extensión de días. Entiendo que mis derechos son limitados a cualquier información en mi registro definido en el Código Federal Regulado.

Firmando abajo reconozco y acepto las condiciones arriba.

Firma de paciente

Fecha

Testigo