



Solicitud del paciente para acceder Information medica protegida

Instrucciones

Por favor, complete este formulario completo para solicitar la inspección o permitir que copias de su información medica personal sean recibidas por correo en la dirección actual. KCHS no puede procesar su solicitud si este formulario no está completo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección actual: _____

Teléfono: _____ Rec Med No.: _____

En caso de que mi médico prefiera informarme de mis resultados diagnósticos por correo, entiendo que los resultados me serán enviados por correo a la dirección registrada. Entiendo que si mi dirección cambia, es mi responsabilidad contactar con los Servicios de Salud del Condado de Kearney y actualizar mi información. Entiendo que esta solicitud seguirá en efecto hasta que la revoque por escrito.

MÉTODOS DESIGNADOS DE REVISIÓN:

- ◆ Recibir una copia por correo ordinario en mi dirección registrada en KCHS
- ◆ Tienes la opción de inspeccionar la información en KCHS. La información estará disponible de 8:00 a 17:00 durante el horario normal para la inspección.

Firma del paciente o representante personal del paciente:

Fecha:

Autoridad del representante personal:

Firma del testigo:

Fecha: