



Gaston Family Health Services
1385 E. Garrison Blvd, NC 28054
P:704.874.1983 F: 704.671.1407

Solicitud de Acceso a Información Personal de Salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ____: ____: ____

Dirección: _____

Ciudad-Estado, Código Postal: _____

Número de Casa / Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

- Me gustaría obtener una copia de mi información de salud, entiendo que se me podría cobrar un cargo razonable basado en los servicios
- Quisiera revisar mi información de salud
- Me gustaría que mi información de salud sea enviada a:

Nombre de la organización _____

Dirección _____

Teléfono _____

Facsímil (fax) _____

Por favor especifique la información incluida en esta solicitud:

Seleccione de qué forma prefiere recibir la información:

- Papel
- Electrónicamente
- Recoger en la oficina
- Correo postal a la dirección arriba indicada
- Memoria Flash /CD
- Número de facsímil (fax): _____
- Correo electrónico
- Portal del paciente
- Dirección de Correo Electrónico: _____

Para la **comunicación por correo electrónico**, entiendo que si la información no es enviada de manera cifrada corre el riesgo de ser accedida indebidamente. Al proporcionar mi dirección de correo electrónico decido recibir comunicación por correo electrónico según solicitado.

- Me gustaría un resumen escrito de la información solicitada. Entiendo que se me podría cobrar un cargo razonable basado en los servicios.

Usted recibirá notificación sobre la solicitud de acceso no más tarde de 30 días desde la fecha en que se recibió. Hay circunstancias limitadas en las que se puede negar su petición, algunas de las cuales usted puede tener derecho a solicitar una revisión de la decisión.

Fecha _____

Firma del paciente o Representante Personal

* Descripción de la autoridad del Representante Personal (Adjuntar documentación) Nov. 2017rb