



1718 N Sterling Avenue Peoria, IL 61604-3831
Teléfono: (309) 494-6203 o (855) 268-2455 (855-AMT-BILL)
Fax: 309-494-6537
Correo electrónico: Customerservice@amtcl.org

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 lasolicitud: _____