

Retina Institute of Virginia
LA PETICION PARA LAS ANOTACIONES MEDICAS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico: _____

Las anotaciones médicos se entregan a (indique si se pide acceso a los expedientes en la oficina misma):

La información o las anotaciones pedidas: _____

Entiendo que tengo el derecho de tener acceso a mis anotaciones médicas de acuerdo con la ley y las normas de la Práctica Médica. Entiendo que la Práctica Médica puede cobrarme para las copias de mis anotaciones médicas, y reconozco que me han dado un horario para los emolumentos.

Entiendo que la Práctica Médica tiene el derecho de negarme acceso a las anotaciones médicas en ciertas circunstancias de acuerdo con la ley. Si la Práctica Médica me niega acceso a la información médica mía, entiendo que me dará la razón por la negación por escrito, y que describirá si tengo un análisis de la negación hecho por un profesional licenciado de la salud.

Favor de notar que la información revelada según esta petición no más sigue bajo el control de la Práctica Médica, y se sujeta a la revelación de nueva por el recipiente y no sigue bajo la protección de la ley federal o del estado.

La firma del paciente _____

Fecha _____

El representativo del paciente _____

Fecha _____

La relación con el paciente _____

Esta petición para los expedientes médicos se expira un año de la fecha de la firma.

