



AXIS COMMUNITY HEALTH
Solicitud de Acceso a la Información de Salud Protegida (PHI)

INSTRUCCIONES: Envié por correo o entregue este formulario completo a la siguiente dirección: Axis Community Health, Atención: Registros Médicos, 4361 Railroad Avenue, Pleasanton, CA 94566 o por fax al (925) 462-1650.

Fecha de Solicitud:	Nombre del Paciente:
Fecha de Nacimiento:	Numero de Teléfono:
Dirección Actual (No., calle, ciudad, estado, código postal):	
REGISTROS SOLICITADOS	
QUIEN ESTA SOLICITANDO LA INFORMACION	
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Representante Personal NOMBRE: _____
QUIEN RECIBIRA LA INFORMACION	
<input type="checkbox"/> AXIS	
<input type="checkbox"/> TERCERO – Nombre de Instalación: _____	
Numero de Tel.: _____ Numero de Fax: _____	
QUIEN ESTA SOLICITANDO LA INFORMACION	
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Representante Personal NOMBRE: _____
<input type="checkbox"/> <u>Paciente o Representante Personal</u> Como desea recibir sus registros? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> <u>Información de la instalación</u> Nombre de la Instalación: _____ Atención: _____ Dirección: _____ Numero de Teléfono: _____ Numero de Fax: _____
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL:	
FOR MEDICAL RECORDS USE ONLY	
Medical Record Number: _____	Date Processed: _____
Disclosure entered into PHI Log? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Processed By: _____