



- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

Solicitud de historia clínica: paciente o tutor legal

Conforme a la Ley HIPAA, CHC tiene hasta 30 días para entregar la documentación solicitada.

Utilice este formulario para cada solicitud individual de registros que el personal no pueda proporcionar inmediatamente.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Tutor legal (si el paciente no puede hacer la solicitud): _____

Firma: _____

Qué se solicita: _____

Fecha de la solicitud: _____

¿Cómo desea recibir los registros?

- Retiro en persona
- Correo electrónico (escriba aquí la dirección de correo electrónico): _____
- Correo postal; confirme aquí la dirección postal: _____

For Office Use Only

- Confirmed identify or guardianship
- Confirmed address if sending
- Documented in PHI Log