



ROIF
CMC52526-001NS Rev.4/2009

CHILDREN'S MEDICAL CENTER

1935 Medical District Drive • Dallas, Texas 75235
 7609 Preston Road • Plano, Texas 75024
Dallas (214) 456-7000 Legacy (469) 303-7000

Solicitud para utilizar un medio de comunicacion alternativo a fin de obtener informacion de salud

N.º de expediente medico: _____

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Deseo utilizar uno de los medios alternativos de comunicación descritos abajo para el paciente citado. Comprendo que podría haber un cargo relacionado con esta solicitud. No me preguntarán el motivo de esta solicitud. Se efectuarán todas las solicitudes razonables.

Periodo de fechas para la solicitud de restricción: _____

SELECCIONE EL ALCANCE DE LA SOLICITUD:

- Resultados específicos de análisis, describa aquí: _____
- Otro: _____

SELECCIONE UN MEDIO DE COMUNICACIÓN:

- Por correo a una dirección designada (proporcione la dirección abajo)
- Por correo de "Entrega Restringida" (proporcione la dirección abajo)
- En un sobre sellado; no en una postal
- Por teléfono a este número telefónico designado: _____
Se puede dejar un mensaje en el buzón de voz: Sí No
- Por correo electrónico a la siguiente dirección: _____
- Por fax a este número: _____
- Otro: _____

Dirección alternativa:

(Calle, apartado de correos)

(Ciudad, Estado, C.P.)

Firma del paciente / Padres / Tutor legal: _____

Nombre en letra de molde: _____ Parentesco con el paciente: _____ Fecha: _____

**TO BE COMPLETED BY PERSON PROCESSING REQUEST
(ESTA PARTE LA LLENARÁ LA PERSONA OUE PROCESE LA SOLICITUD)**

Status of request: Granted (Concedida) Denied (Denegada) Denial reason: _____
(Situación de la solicitud) (Motivo de la denegación)

Date requestor informed: _____ Name / Signature: _____ Department: _____
(Fecha en que se informó al solicitante) (Nombre / Firma) (Departamento)

Date restriction terminated: _____ Name / Signature: _____ Department: _____
(Fecha en que termine la restricción) (Nombre / Firma) (Departamento)