



**SOLICITUD DEL PACIENTE/REPRESENTANTE  
DEL PACIENTE Y ACUSE DE RECIBO DE LA  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

**A. SOLICITUD DEL PACIENTE DE PHI**

Yo, \_\_\_\_\_, soy un paciente/el representante de un paciente en DCI. Solicito una copia de la(s) siguiente(s) parte(s) de los expedientes de DCI que contienen mi PHI:

\_\_\_\_\_  
(Enumere los tipos específicos de expedientes y las fechas de servicio).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/representante del paciente  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor, si corresponde  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Cargo del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**B. ACUSE DE RECIBO DE COPIAS DE EXPEDIENTES MÉDICOS**

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido copias de toda la información que solicité de DCI según lo escrito en la parte anterior de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/representante del paciente  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor, si corresponde  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Cargo del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha