



Pegue la etiqueta del paciente

ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA DE BRONSON HEALTHCARE

Nombre del paciente: Apellido Nombre Segundo nombre
Nombre de soltera u otro nombre

Dirección particular:

Teléfono particular: Fecha de nacimiento:

Fecha de modificación del formulario de solicitud: Fecha de este formulario de aceptación:

Su solicitud de modificar la información médica protegida que BRONSON mantiene en relación con:
[marque la casilla correspondiente]

- Su historial médico;
Sus archivos de facturación, pagos, adjudicación de reclamos, coordinación de casos o coordinación médica;
Sus archivos de inscripción, pagos, adjudicación de reclamos, coordinación de casos o coordinación médica, o
Los archivos mantenidos para o por Bronson para tomar decisiones sobre usted ha sido aceptada.

En la próxima línea identifique a la persona u organización con quien desea compartir esta modificación.
Al firmar este formulario, autoriza a Bronson a divulgar la información.

Three horizontal lines for identifying the person or organization.

Firma del paciente o representante personal del paciente

Fecha

Nombre en letra de molde de la persona que firma y (si no es el paciente) relación con el paciente