



Maria Calcina DDS: Pediatric Dentist Clay Dental PLLC  
19214-D Clay Rd. Phone: 281-463-4333 Fax: 281-463-4908  
www.claydental.net

## SOLICITUD DE REGISTROS DENTALES DEL PACIENTE

Yo, \_\_\_\_\_, solicito copias de todos \_\_\_\_\_ registros dentales procesados por Clay Dental, los cuales pueden ser:

- 1) entregados a mi directamnete ;
- 2) entregados a mi representante en un sobre cerrado; o
- 3) enviados directamente a una Clínica Dental.

Yo prefiero obtener mis registros según la alternativa de entrega arriba indicada y marcada con un Check por mi persona: (1) (2) (3)

### IMPORTANTE:

Lea el párrafo indicado con el número de la alternativa de entrega escogida y marcada por usted con un círculo:

(1) Si selecciono retirar personalmente mis registros dentales, acepto pagar el costo de las copias antes de que se me entreguen y entiendo que después del pago, puedo regresar dos (2) días después para recibir las copias solicitadas. El pago previo lo puede hacer en efectivo, cheque o a credito, y el costo de las copias y el envío por correo es el indicado en la NOTA mas abajo)

(2) Si prefiero enviar un representante para retirar mis registros dentales, pagaré previamente el costo de las copias y acepto que después de dos (2) días es que puedo enviar a mi representante a retirar las copias solicitadas. Entiendo que mi nombre no aparecerá en el sobre cerrado, sino solo mi numero o código de archivo ("chart file number"), ya que esto es para proteger mi privacidad según las regulaciones de HIPPA. El nombre de mi representante es: \_\_\_\_\_ y su relación conmigo es: \_\_\_\_\_. Queda entendido que yo he indicado a mi representante que debe mostrar su identificación personal (ID) para poder retirar los registros. El pago previo lo puede hacer en efectivo, cheque o a credito, y el costo de las copias y el envío por correo es el indicado en la NOTA mas abajo.

(3) Si escojo que mis registros dentales sean enviados a otra clínica dental o a otra dirección de entrega de mi preferencia, pagare por adelantado los costos de copiado y envío postal y acepto que el sobre cerrado con los registros serán puestos en el correo después de dos (2) días del pago correspondiente, a la siguiente direccion: \_\_\_\_\_. El pago previo lo puedo hacer en efectivo, cheque o cargado a mi cuenta y el costo de las copias y el envío por correo es el indicado en la NOTA mas abajo.

\*NOTA: Entiendo y acepto que debo pagar por las copias solicitadas correspondiente a los registros dentales, asi como su envío por correo, si ese es el caso. Esto incluye el costo del papel, papel de fotocopias, y el pago postal. Le doy a Clay Dental dos (2) días para informarme del precio a pagar por medio de (marque su alternativa): Teléfono \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ o Fax \_\_\_\_\_. Este precio (Fee) será colocado en mi registro clínico permanente como prueba objetiva. Queda entendido que solo se me entregaran las copias de mis registros dentales después de dos (2) días de haber pagado el precio indicado por Clay Dental.

Esta planilla debe ser firmada, entregada en persona, enviado por correo o vía fax

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma y Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Representante: \_\_\_\_\_ Firma y Fecha: \_\_\_\_\_