  
**RECEPCIÓN DE COPIA DE REGISTROS MÉDICOS SOLICITADA POR EL PACIENTE**

A través del presente documento, reconozco que he solicitado y recibido una copia de mis registros médicos por parte de Medical Direct Care, PLC; 190 Hatcher Ln, Suite B, Clarksville, TN 37043.

Esta copia de mis registros contiene la siguiente información:

\_\_\_\_\_\_ Todos los registros

\_\_\_\_\_\_Internación en el hospital

\_\_\_\_\_\_Resumen de alta hospitalaria

\_\_\_\_\_\_Solo vacunaciones

\_\_\_\_\_\_Laboratorio

\_\_\_\_\_\_Informe operativo

\_\_\_\_\_\_Informe de patología

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo Nombre del testigo (en letra de imprenta)/cargo Fecha