



Solicitud para tener acceso a la información

Información del suscriptor

(Escriba con letra de imprenta)

Esta sección se debe llenar con la información específica de la persona. Se debe indicar un número o dirección de contacto en caso de que sea necesario obtener información adicional o aclaraciones.

Fecha: _____	ID del suscriptor: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Teléfono: _____
	Dirección electrónica (Email): _____

Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida de expedientes asignados que mantiene Davis Vision o sus asociados comerciales. No obstante, usted no tiene derecho a inspeccionar ni obtener una copia de la información que Davis Vision puede haber recopilado en antelación o para usarla en alguna acción o procedimiento civil, penal o administrativo, la información que no esté sujeta a divulgarla a usted bajo las Enmiendas para mejorar los laboratorios clínicos de 1988 (Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1988) (Código de EE.UU. 42, párrafo 263a) y otra información. Para ejercer su derecho al acceso, tenga la bondad de llenar la sección B siguiente y, a continuación, enviar esta solicitud por correo o fax a Davis Vision en:

Davis Vision – Privacy Office
P.O. Box 1416
Latham, New York 12110-1416
Fax: 1-866-999-4640

Si tiene alguna pregunta, necesita información adicional o ayuda para llenar su solicitud, tenga la bondad de contactar la Oficina a cargo de privacidad (Privacy Office) de Davis Vision al 1-800-571-3366 o a la dirección que se ha indicado anteriormente.

Tenga la bondad de especificar la información que desea inspeccionar o de la que desea obtener copias:

Tenga la bondad de indicar el nombre y la dirección de cada persona, inclusive usted mismo o su representante personal, de cuya información desee que hagamos copias. Si desea que demos acceso o copias de la información sobre usted a alguna otra persona que no sea su representante personal, debe proporcionarnos una autorización firmada. Le podemos suministrar el formulario de autorización.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Persona que concede la autorización)

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del titular, llene lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____
(Escriba con letra de imprenta)

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

POR FAVOR, GUARDE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD PARA TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN