

Puede solicitar ver y / o recibir una copia de sus registros. Nos comunicaremos con usted dentro de quince (15) días de recibir su solicitud.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL:
NÚMERO DE CASO:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL(SSN):	FECHA DE NACIMIENTO:

¿CÓMO NOS PONEMOS EN CONTACTO CON USTED?

NÚMERO DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
SI USTED NO ES EL CLIENTE:			
IMPRIME TU NOMBRE:		INDIQUE LA RELACIÓN QUE TIENE CON EL CLIENTE:	

¿QUÉ INFORMACIÓN BUSCA?

NOMBRE DEL PROGRAMA:	FECHA DE INICIO:	FECHA FINAL:
<input type="checkbox"/> SOLO VER EL REGISTRO		
<input type="checkbox"/> COPIA DEL REGISTRO	¿CÓMO DESEA RECIBIR SUS REGISTROS?	
	<input type="checkbox"/> RECOGER EN PERSONA	<input type="checkbox"/> POR CORREO POSTAL
	<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRONICO CIFRADO	<input type="checkbox"/> POR OTRA MANERA:
	<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRONICO SIN CIFRAR <i>(El correo electrónico no es seguro en tránsito)</i>	
¿HAY UNA PARTE ESPECÍFICA DE SU REGISTRO AL QUE USTED QUIERE ACCEDER?		

FIRMA

FIRMA:	FECHA:
--------	--------