

SOLICITUD DE ENMIENDA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Imprima toda la información solicitada para evitar demoras en nuestras respuestas y entregue el formulario diligenciado a su centro.

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Inicial segundo nombre _____ Apellido de soltera u otro nombre _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____ Teléfono: _____
Registro a enmendar: Fecha: _____ Tipo de corrección: _____
Explique por qué el registro es incorrecto o está incompleto y qué debería decir para que sea correcto.

¿Desea que esta enmienda o denegación sea enviada a alguien a quien le hayamos divulgado la información en el pasado? En caso afirmativo, indique el nombre y la información de la dirección.

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Entiendo que mi solicitud será procesada dentro de los plazos establecidos por la ley estatal o en el transcurso de 60 días, el plazo que resulte menor.

FIRMA DEL PACIENTE FECHA O PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA AUTORIZADA FECHA

RELACIÓN CON LA PERSONA

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

Complete las siguientes secciones y conserve esta solicitud con los registros del paciente.

Fecha de recepción de la solicitud: _____ correo en persona correo electrónico fax

La solicitud de enmienda ha sido: Aceptada Denegada

Si ha sido denegada, el motivo es:

- La información no fue creada por esta organización
- La información no forma parte del conjunto de registros designados del paciente
- La información no está disponible para que el paciente acceda a ella según lo requerido por las leyes federales
- La información es completa y precisa

Comentarios: _____

Firma del integrante del personal Cargo Fecha Teléfono

Nombre del centro