

SOLICITUD DE CORRECCIÓN/ENMIENDA DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del paciente _____

Número de historia clínica: _____

Fecha de la información a modificar: _____

Hora de la información a modificar: _____

Se requiere identificación con fotografía cuando se solicita una corrección de nombre o dirección. Escriba en letra de imprenta clara

Explique por qué la información es incorrecta o incompleta. ¿Qué debería aparecer en la información para que sea más precisa o completa?

¿Le gustaría que esta enmienda se envíe a toda las personas a quienes le divulgamos la información en el pasado? En caso afirmativo, especifique el nombre y la dirección de la organización o persona.

Nombre _____

Dirección _____

Firma del paciente o representante legal _____

Fecha _____

Solo para uso de organizaciones de atención médica:

Fecha de recepción _____

La enmienda se Aceptó Rechazó

Si se rechaza, marque el motivo del rechazo

- La información de salud privada (PHI) no la creó esta organización
 La PHI no es parte del conjunto de registros designados del paciente
 La PHI no está disponible para que el paciente la inspeccione como lo exige la ley federal (por ejemplo, notas de psicoterapia)
 La PHI es precisa y completa

Comentarios del profesional de la salud

Nombre del miembro del personal _____

Título _____

Firma del profesional de la salud _____

Fecha _____



98496