

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