

Mount Sinai

MEDICAL CENTER

REQUEST FOR CORRECTION / AMENDMENT OF HEALTH INFORMATION

Patient Name _____ Date of Birth _____

Patient Address _____

Medical Record Number: _____

Date of entry to be amended: _____

Time of entry to be amended: _____

Photo ID is required when requesting a Name or Address correction. Please Print Clearly

Please explain how the entry is incorrect or incomplete. What should the entry say to be more accurate or complete?

Would you like this amendment sent to anyone to who we may have disclosed the information in the past? If so, please specify the name and address of the organization or individual.

Name

Address

Signature of Patient or Legal Representative

Date

For Healthcare Organization Use Only:

Date Received _____

Amendment has been ☐ Accepted ☐ Denied

If denied, check reason for denial

☐ Private Health Information (PHI) was not created by this organization

☐ PHI is not part of patient's designated record set

☐ PHI is not available to the patient for inspection as required by federal law (e.g. psychotherapy notes)

☐ PHI is accurate and complete

Comments of Healthcare Practitioner

Name of Staff Member

Title

Signature of Healthcare Practitioner

Date



Mount Sinai

MEDICAL CENTER

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