

# 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**

\_\_\_\_\_  
**RELACION CON LA PERSONA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

# 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.

---

## 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