



Solicitud de corrección o enmienda de información concerniente a la salud

Nombre del (de la) paciente (en letra de molde)

Fecha de nacimiento

Domicilio del (de la) paciente

N.º de teléfono

Fecha de la anotación que debe corregirse

Tipo de anotación que debe corregirse

Sírvase explicar por qué considera incorrecta o incompleta la anotación registrada. ¿Qué debería decir para ser más exacta o completa?

¿Desearía que la enmienda se enviara a toda persona u organización que pudiera haber recibido de nosotros la información antes divulgada? Si así fuera, sírvase especificar el nombre y la dirección de la organización o del (de los) individuo(s) que la recibiera(n).

Firma del (de la) paciente o de su representante legal

Fecha

Si firma el (la) representante legal, sírvase indicar su relación con el (la) paciente: _____

Solo para uso de la organización:

MR #: _____

Admit #: _____

Date Received: _____

Amendment has been: Accepted Declined

If declined, check reason for denial:

PHI was not created by this organization

PHI is accurate and complete

Other, please specify: _____

Signature of Healthcare Practitioner

Date

Rev. 02/04