

Solicitud de modificación de información de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de cuenta : _____ Número de teléfono: _____

Dirección del paciente: _____

Fecha de entrada para enmendar: _____ Tipo de entrada para enmendar _____

Explicar cómo la entrada es incorrecta o incompleta. ¿Qué debe decir la entrada para ser más precisa o completa?

Identificar a las personas que han recibido información médica sobre usted que usted acepta que necesita aviso de esta enmienda, si la enmienda es aceptada. Por favor, especifique el nombre y la dirección:

Firma del paciente o Representante Legal

Escriba el nombre del Representante Legal

Fecha: _____

Si Representante Legal, la autoridad del Representante Legal _____
(como padre/madre de un guardián menor, designado por el Tribunal, administrador de bienes de difuntos, abogado representante designado con poder de abogado o proxy de cuidado de la salud)

Staff Use Only

Date request received: _____ Amendment: _____ Accepted _____ Denied _____
Patient Notified on: _____ (must be within 60 days of request). If denied, notify in writing.
Patient Notified by _____ (name).

If denied, check reason for denial: _____ PHI was not created by this organization
_____ PHI is accurate and complete _____ Other reason (describe): _____

Comments, if any: _____

Signature of Authorized Personnel: _____

Printed Name

Date

Fed. Reg. HIPAA 45 CFR 164.526

PdNHIE Privacy Policy P-7