

Formulario para enmendar/corregir el expediente médico

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del centro: _____

1. Fecha en la cual su expediente médico debe ser corregido: _____

2. Lenguaje en su expediente médico que deber ser enmendado/corregido: _____

3. Indique el motivo de la enmienda/corrección: _____

4. Fecha que su expediente médico debe ser corregido: _____

5. Ayúdenos a identificar las personas que hayan recibido la información antes de la enmienda o corrección:

Nombre	Dirección	Ciudad, estado, código postal	Teléfono

6. ¿Nos autoriza usted a proporcionar la información en los puntos número “3” y “4” a la(s) persona(s) /organización/organizaciones indicada(s) en el punto número “5”? Sí No

No le provee la información a: _____

Usted tiene el derecho de proponer una enmienda o corrección en el expediente médico. Este derecho no permite alterar ni cambiar el expediente original creado por su médico o del personal. Mantenemos el derecho de tomar una determinación en relación a esta solicitud y le notificaremos nuestra decisión en 60 días desde la fecha que recibimos esta solicitud.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Formulario para enmendar/corregir el expediente médico

Nombre del paciente: _____
 Apellido Nombre Fecha de nacimiento

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Fecha que se recibió su pedido _____ Enmienda/corrección Aceptada Negada

Motivo de Negación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La información no es parte del conjunto de registros designado del paciente | <input type="checkbox"/> La información no está disponible para que el paciente Para acceso según requerido por las ley federales |
| <input type="checkbox"/> La información no fue creada por esta organización | <input type="checkbox"/> La información está completa y es precisa |

Nombre del asociado: (Letra de imprenta) titulo

Firma del asociado Fecha

Si hemos rechazado la enmienda/corrección solicitada, usted tiene derecho a presentar una declaración por escrito en la que usted indique que no está en acuerdo con la negación y el motivo de su desacuerdo. Nosotros podríamos limitar razonablemente la extensión de su declaración escrita, y podríamos preparar una refutación de su declaración de desacuerdo por escrito (y proporcionarle una copia).

Si negamos la enmienda/corrección solicitada y usted no presenta una declaración de desacuerdo por escrito como mencionado anteriormente, usted puede solicitar que incluyamos una copia de este documento con cualquier divulgación futura de la información identificada en los puntos 1 y 2 anteriores. Por favor realice su solicitud por escrito con su firma y fecha la solicitud.

Si usted considera que no hemos cumplido con nuestras obligaciones según se explica en nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" o nuestras obligaciones bajo las leyes estatales y federales, usted puede comunicarse con el Administrador de su clínica en relación con su queja, y puede presentar su queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en un periodo de 180 días a partir de la fecha en que usted conoce, o debió conocer, que el acto de su queja ocurrió. Su queja ante el secretario debe presentarse por escrito, ya sea en forma electrónica o imprenta.