



Solicitud de Enmienda del Formulario de Información

Yo, el abajo firmante, solicito una enmienda de mi información de salud protegida mantenida por _____. Entiendo que esta solicitud puede ser aceptada o negada. También entiendo que si mi solicitud es aceptada, pueden ocurrir las siguientes acciones:

- Se me informará de la aceptación de la enmienda;
- Cualquier información original aplicable permanecerá en mi expediente con la enmienda o información modificada solicitada;
- Puedo autorizar una notificación de la enmienda para ser enviada a personas o entidades identificadas por mí; y
- Una copia de la información enmendada puede ser enviada a entidades que podrían usar la información original de manera perjudicial.

Si mi solicitud es negada, pueden ocurrir las siguientes acciones:

- Se me proporcionará una negación escrita explicando el motivo de la negación;
- Puedo presentar un desacuerdo a la negación indicando mis razones para estar en desacuerdo; y
- Puedo recibir una respuesta (refutación) a mi desacuerdo.

Entiendo que una copia de esta solicitud, una copia de una aceptación o denegación, una copia de cualquier desacuerdo o cualquier réplica se convertirán en una parte permanente de mi historial médico junto con la información original que busqué enmendar.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Enmienda solicitada

Solicito la siguiente enmienda a la información en mi historial médico:

Por favor, continúe en la parte de atrás de la hoja si es necesario.