



Amendment - SCAN, REQUEST FOR AMENDMENT SP, 8/29/23

## SOLICITUD PARA ENMENDAR/CORREGIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Información importante:** Según lo estipulado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y por las reglamentaciones federales, los pacientes tienen derecho a solicitar una enmienda o corrección de su información médica protegida. Catholic Health cumplirá las solicitudes dentro de los plazos permitidos en virtud de la ley. Su solicitud de enmienda se aceptará o rechazará. Si se rechaza (total o parcialmente), se le indicarán los motivos del rechazo y se le dará la oportunidad de hacer una declaración de desacuerdo.

Indique específicamente qué información de salud desea enmendar o corregir y qué debe incluir o reflejar la información para que sea más exacta o completa. Además, indique los motivos por los cuales solicita tal enmienda. Puede adjuntar una hoja por separado, si es necesario.

---

---

---

---

---

\*Si es posible, identifique la fuente/la ubicación de la información en la historia clínica que se debe enmendar.

Si se acepta la solicitud, proporcione los nombres de las personas u organizaciones, su dirección y número de teléfono de las personas con las que desea compartir la enmienda:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Nombre del paciente o del representante personal:

En letra de imprenta

Firma

Si es el representante personal, complete la siguiente información:

Relación con el paciente

Información de contacto (si no es la de arriba)

### FOR CATHOLIC HEALTH USE ONLY

Date Request Received: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Name of Workforce Member Processing: \_\_\_\_\_ Facility/Entity: \_\_\_\_\_

Request Status: \_\_\_ Accepted \_\_\_ Denied \*Provide Response Form to Patient/Patient Representative\*

Date of Request Status: \_\_\_\_\_ CSN: \_\_\_\_\_