



REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - Spanish

Pt Amendment



Patient Identification

Información del paciente (usar letra de molde por favor):

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN			N° DE TELÉFONO DIURNO		
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			N° DE TELÉFONO NOCTURNO		
FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO (MRN)			

Luego de revisar mi registro médico, observo que la documentación original es inexacta o incompleta durante las siguientes fechas de servicio: (desde) \_\_\_\_\_ (hasta) \_\_\_\_\_

La siguiente información parece ser inexacta o incompleta:

---



---



---

La nota de corrección (enmienda) debe expresar lo siguiente:

---



---



---

Entiendo que PeaceHealth podría aceptar o rechazar suplir la ficha médica con un anexo basado en mi petición, y bajo ninguna circunstancia puede alterar la documentación original del registro médico. En cualquier caso este pedido de enmienda será ingresado como parte del registro médico permanente y será enviado como parte del registro médico en respuesta a cualquier petición autorizada a mi información médica.

Firma del paciente o representante legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Vicelo familiar o relación con el paciente

\*\*Por favor envíe el formulario completo a la Administración de Información de Salud (Health Information Management) o al Departamento de Registros Médicos (Medical Records Department)\*\*

Sección para uso de PeaceHealth solamente:

FOR PEACEHEALTH USE ONLY: Date Received: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Amendment Denied (check reason for denial) OR  Amendment Accepted/Approved

- PHI is accurate and complete
- PHI not created by this organization
- PHI is not available to the patient for inspection

Provider Signature \_\_\_\_\_ EMR# \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_



---

## HOJA INFORMATIVA SOBRE LA SOLICITUD DE ENMIENDA A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Bajo la ley federal, Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a su información médica. Esto significa que, si usted ve algo en sus registros de salud que considera incorrecta o incompleta, puede solicitar que se añada nueva información que corrija o complete el registro. Nosotros llamamos esta información adicional una "enmienda"

### **Que esperar si usted solicita una enmienda a su información de salud:**

- Se le pedirá que complete y firme un formulario de solicitud, proporcionando información específica y detallada que corregirse, y devolverlo al Departamento de Health Information Management (Registros Médicos) de la instalación de PeaceHealth que mantiene su información.
- Nuestro personal examinará sus registros y podría consultar con su médico y otras personas involucradas en su cuidado y tratamiento.
- Usted recibirá nuestra respuesta dentro de 10 días en Washington y 60 días en Oregon o Alaska.

### **Si su solicitud es aprobada, nosotros haremos lo siguiente:**

- Se lo informaremos por escrito.
- Incluiremos la enmienda en todas las versiones futuras de revelaciones de su información médica a las personas autorizadas y organizaciones como proveedores de atención médica, servicios de salud y las compañías de seguros.
- Informaremos con su aprobación, a las personas u organizaciones con quienes también hemos compartido la información modificada en el pasado. También le preguntaremos si usted quiere que informemos a alguien más.

### **Podríamos negar su solicitud por cualquiera de las siguientes razones:**

- No encontramos ninguna evidencia convincente de que la información médica no es precisa y completa.
- La información sobre la que usted solicita enmienda proviene de otra fuente, como otro proveedor de atención médica o centro de cuidados.
- La información sujeta a su pedido de enmienda no se considera información utilizada para tomar decisiones sobre su atención, tratamiento o pago para su cuidado y tratamiento, o;
- Por ley, la información que usted solicita sea modificada normalmente no es disponible para su inspección.

### **Si su solicitud es rechazada:**

- Enviaremos la solicitud de enmienda y nuestro rechazo con cualquier futura revelación de su información médica a las personas autorizadas y organizaciones como proveedores de atención médica, servicios de salud, y compañías de seguro.
- Usted puede remitirnos una declaración escrita manifestando su desacuerdo con el rechazo.
- También puede presentar una queja con PeaceHealth y solicitar que revisemos nuevamente su solicitud y nuestro rechazo.
- Usted puede ingresar una queja con la Oficina Federal de Derchos Civiles al 800-368-1019 o en <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/psa/complaint/index.html>