

Según las leyes federales, tiene derecho a solicitar una enmienda sobre su información de salud. Esto significa que si hay algo en su historial médico que, a su parecer, está incompleto o es impreciso, puede pedir que se incluya nueva información que corrija o complete el historial.

¿Qué debe esperar si solicita una enmienda a su historial médico?:

- Se le pedirá que llene y firme el formulario de solicitud anexo, proporcionando la información a corregir de forma específica y detallada. Envíe su solicitud a:
PeaceHealth
Health Information Management, Dept #336
1115 SE 164th Ave
Vancouver WA 98683
FAX: 541-242-8046
- Nuestro personal revisará su historial y puede consultar a su médico y a cualquier otra persona involucrada en su cuidado y tratamiento.
- Recibirá una respuesta nuestra dentro de 10 días si está en Washington y dentro de 60 días si está en Oregon o Alaska.

Si su solicitud se aprueba, procederemos a:

- Informarle por escrito.
- Incluir la enmienda en cualquier divulgación venidera de su información de salud a las organizaciones y personas autorizadas, como proveedores de cuidados de la salud, instituciones de cuidados de la salud y compañías de seguros.
- Informar, con su autorización, a organizaciones y personas a quienes le hayamos dado antes la información enmendada. También le preguntaremos si quiere que le informemos a alguien más.

Podemos rechazar su solicitud por cualquiera de las siguientes razones:

- No encontramos evidencia convincente de que la información médica está incompleta o es imprecisa.
- La información que solicita modificar proviene de otra fuente, por ejemplo, de otro proveedor o institución de atención médica.
- La información que solicita modificar no es considerada información valiosa a la hora de tomar decisiones sobre su cuidado, tratamiento o el pago de los mismos.
- La información que solicita modificar generalmente no está disponible para su revisión según la ley.

Si su solicitud es rechazada:

- Enviaremos la solicitud de enmienda y nuestra carta de rechazo en las divulgaciones venideras de su información de salud a las organizaciones y personas autorizadas, como proveedores de cuidados de la salud, instituciones médicas y compañías de seguros.
- Puede enviar una declaración por escrito indicando que está en desacuerdo con nuestra decisión.
- Puede consignar una queja a PeaceHealth y solicitar que revisemos nuevamente su solicitud y nuestra carta de rechazo. Envíe su queja a Organization Integrity at PeaceHealth, 1115 SE 164th Ave, Vancouver WA 98683 o llame al 360-729-1730.
- Puede presentar una queja con la Oficina Federal para los Derechos Civiles al 800-368-1019 o en <https://www.hhs.gov/ocr/privacy/psa/complaint/index.html>

Nombre del paciente _____
 Fecha de nacimiento _____
 Dirección _____
 Ciudad, estado, código postal _____
 Número telefónico _____
 N° de historial médico _____

REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - Spanish



Pt Amendment

For PeaceHealth Office Use Only:

Date Received: _____
 Received by: _____
 Date Completed: _____
 Extension Needed: Yes No

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE SOLICITA ENMENDAR.

Todas las solicitudes de enmienda deben especificar la fecha del tratamiento y la sección a modificar. De ser posible, adjunte con esta solicitud las copias de la información específica a enmendar.

Fecha de la consulta/servicio	Tipo de documento (Nota de evolución, notas del proveedor de urgencias, examen físico, resumen del alta médica, etc.)	Nombre del proveedor

¿Cuál es el motivo de su solicitud de enmienda? _____

La siguiente información parece ser incorrecta o estar incompleta: _____

Explique por qué la información es incorrecta o está incompleta: ¿Qué debería contener la información para ser más precisa o estar completa? _____

Entiendo que PeaceHealth puede o no completar el historial médico con una enmienda basada en mi solicitud y que bajo ninguna circunstancia está en la capacidad de alterar la documentación original del historial médico. Esta solicitud de enmienda será parte de mi historial médico permanente y se enviará como respuesta a cualquier solicitud autorizada que se realice de mi documentación médica.

Firma del paciente/persona autorizada a firmar por el paciente Parentesco Fecha/Hora
(Si lo firma un representante personal, debe consignar pruebas de tener esta autoridad)

FOR PEACEHEALTH USE ONLY

- Amendment Accepted/Approved OR Amendment Denied (check reason for denial)
 Partially Accepted/Denied PHI is accurate and complete
 Addendum Created Información médica protegida no creada por esta organización
 PHI is not available to the patient for inspection

Provider Comments: _____

Provider Signature Title EHR User ID Date Time