



Solicitud de enmienda de Información médica protegida

Nombre del paciente:
Dirección:
Teléfono:
Fecha de nacimiento:
MRN:

Comprendo que University Health puede rechazar esta solicitud según lo permite la ley federal. Comprendo además que si University Health rechaza mi solicitud, University Health me informará por escrito sus razones del rechazo y qué debo hacer si no estoy de acuerdo con este rechazo.

Por la presente solicito que University Health corrija:
Información a corregir:
Fecha de registro:

- 1. ¿Díganos qué información médica protegida desea corregir...
2. Fecha(s) de la información a corregir...
3. ¿Cuál es el motivo de su solicitud?
4. ¿Por qué es incorrecto el registro?
5. ¿Qué debería decir el registro?
6. Si su proveedor autoriza una corrección a la información médica que usted solicitó, University Health enviará el cambio...

Firma del paciente o del representante del paciente
Relación con el paciente
Fecha

PARA USO DE UNIVERSITY HEALTH ÚNICAMENTE
FECHA DE RECIBO
La enmienda fue:
Si es rechazada, marcar la razón del rechazo:
Comentarios
Revisado por
Fecha

