

Solicitud de Modificación de Información Médica

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nac.: _____

Archivo Médico #: _____ Número Telefónico: _____

Dirección del Paciente: _____

Fecha(s) de ingreso de datos a ser modificados: _____

Tipo de dato(s) a modificar: _____

Por favor explique cómo el ingreso de datos está incorrecto o incompleto. ¿Qué deberían mostrar los datos para ser más precisos o completos? _____

¿Quiere que la modificación sea enviada a alguien a quien hubiéramos divulgado información antes de su solicitud de modificación? Si es así, por favor provea el nombre y la dirección de la organización o individuo.

Nombre _____ Dirección _____

Firma del Paciente o Personal Representativo _____ Fecha _____

Autoridad para firmar si no es el Paciente _____

Sólo Para Uso de Compass Health Network:

Fecha de Recibo: _____ Recibido por: _____ Modificación: Aceptada Denegada

Si es denegada, marque la razón de la misma:

- PHI no fué creada por Compass Health Network
- PHI no es parte del Set de Archivos Designados del paciente
- PHI no está disponible para inspección según la ley Federal (ej. Notas de Psicoterapia)
- PHI es precisa y completa

Comentarios del Facultativo de Cuidados de Salud (Autor-clínico): _____

Nombre del Facultativo de Cuidados de Salud _____ Título _____

Firma del Facultativo de Cuidados de Salud _____ Fecha/Hora _____

Firma del Director de HIM Director/Oficial de Privacidad _____ Fecha/Hora _____