

4502 Medical Drive Departamento de Registros Médicos, MS# 26-2 San Antonio, Texas 78229-4493

Teléfono (210) 358-3532

Fax (210) 358-5936

Solicitud de enmienda de Información médica protegida Nombre del paciente: Dirección: Calle Cindad Fetado Código postal 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. Comprendo además que University Health me dará aviso acerca de su decisión de aceptar o negar mi solicitud dentro de los sesenta (60) días de recibida la solicitud. Si University Health no responde a mi solicitud dentro de este período de tiempo, comprendo que se podrá extender la fecha límite aplicable por hasta treinta (30) días más dándome aviso por escrito. Por la presente solicito que University Health corrija: ____ Información a corregir: ___ Fecha de registro: 1. ¿Díganos qué información médica protegida desea corregir (por ejemplo, procedimientos, notas de enfermeros/médicos, resultados de exámenes médicos)?_ 2. Fecha(s) de la información a corregir (por ejemplo, fecha de la consulta médica, tratamiento u otros servicios de atención médica) 3. ¿Cuál es el motivo de su solicitud? ____ 4. ¿Por qué es incorrecto el registro? 5. ¿Qué debería decir el registro? (Sea lo más específico posible)_ 6. Si su proveedor autoriza una corrección a la información médica que usted solicitó, University Health enviará el cambio, con solicitud previa, a cualquier persona que recibió la información antes del cambio. Comuníquenos si existe alguna persona que necesita la información modificada: □ No □ Sí, si la respuesta es sí, escriba nombre(s) y dirección(es) de las organizaciones o persona(s). 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: ☐ Aceptada ☐ Rechazada Si es rechazada, marcar la razón del rechazo: ☐ La información médica protegida no la creó éste University Health ☐ La información médica protegida no es parte del Conjunto de archivos designados del paciente 🗆 El paciente no puede acceder a la Información médica protegida bajo la política de University Health con respecto a los derechos del paciente a acceder a su Información médica protegida ☐ La información médica protegida es correcta y está completa Revisado por Administrador de Información médica/Director de Registros médicos: _

