

Le recomendamos que nos facilite toda la información necesaria para que podamos tramitar su solicitud de forma eficaz. Las solicitudes incompletas pueden causar retrasos.

Es posible que nos pongamos en contacto con usted para verificar su identidad. Si presenta esta solicitud en nombre del paciente, deberá presentar la documentación que acredite su representación legal.

Las solicitudes de actualización del seguro, de la información demográfica o de los datos del proveedor de atención primaria suelen gestionarse directamente en el lugar donde se brindó la atención. Póngase en contacto con ese centro si necesita ayuda con este tipo de actualizaciones.

Sección A: información del paciente.

Nombres y apellidos del paciente	Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aa)
Dirección:	Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono ()	Correo electrónico

Sección B: método de comunicación preferido para enviar comunicaciones relacionadas con esta solicitud. MARQUE UNA:

_____ Dirección de correo electrónico indicada arriba _____ Calle/dirección postal indicada arriba

Sección C: descripción de la información médica cuya modificación solicita.

1. Fecha(s) de la documentación que desea modificar (*puede tratarse de la fecha de registro en la historia clínica, consultas clínicas, fecha de entrada de notas, de procedimientos o de otro servicio):

2. Ubicación de la documentación que solicita modificar: si es posible, adjunte una copia de la documentación y encierre en un círculo, con tinta azul o negra, la información que considera inexacta.

Marque todo lo que corresponda:

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| ☐ Nota del procedimiento | ☐ Nota de la evolución | ☐ Nota del historial y de la condición física | ☐ Nota del alta | |
| ☐ Nota de la consulta | ☐ Antecedentes médicos | ☐ Antecedentes quirúrgicos | ☐ Lista de problemas | ☐ Antecedentes familiares |
| ☐ Historial social | ☐ Lista de medicamentos | ☐ Hoja de registro clínico | ☐ Resultados de laboratorio/imágenes | |

Otros: _____



Request for Amendment/Correction of Health Information

3. Especifique cómo desea que se consigne la información en los registros. Tenga en cuenta que, si bien su solicitud se revisará minuciosamente, la modificación final puede no coincidir exactamente con el texto presentado. Indicar cómo desea que se redacte el registro nos ayuda a comprender sus inquietudes y garantiza una evaluación minuciosa.

Ejemplo 1: Tengan a bien cambiar la declaración ABC por la declaración XYZ.

Ejemplo 2: Tengan a bien eliminar la declaración ABC de mi historial médico.

Sección D: reconocimientos.

Al enviar este formulario, solicito que la organización modifique o corrija mi información médica según lo indicado anteriormente. Entiendo y acepto que la organización está obligada a responder en un plazo de 60 días a partir de la recepción de mi solicitud y que se me notificará si es necesaria una prórroga adicional de 30 días.

Si se modifica mi registro, entiendo y acepto que la organización me informe del resultado y notifique a las personas o entidades pertinentes a las que deba comunicarse la modificación. Asimismo, entiendo y acepto que la organización no está obligada a aceptar mi solicitud.

Si mi solicitud es denegada, recibiré una explicación por escrito de los motivos de la denegación. Si no estoy de acuerdo con la explicación, puedo presentar una declaración por escrito en la que exprese mi desacuerdo o solicitar que se incluyan mi solicitud de modificación y la explicación de la denegación en cualquier divulgación futura de la información médica objeto de la modificación solicitada.

Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente o del representante: _____

Escriba en letra de imprenta la relación con el paciente si no es el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Devuelva este formulario y cualquier documentación adicional antes del:

Correo electrónico: amendmentrequests@tgh.org

Fax: 813-844-1239



**Request for
Amendment/Correction
of Health Information**