

1. Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de teléfono del paciente/representante: _____
2. Describa cuál es la modificación/corrección de la información contenida en su historia clínica que usted le solicita a Tampa General Hospital. Si es necesario, adjunte más hojas para describir de forma completa su solicitud. Tenga en cuenta que las actualizaciones demográficas no constituyen una solicitud de modificación. Si necesita actualizar sus datos demográficos, realice los cambios en MyChart, póngase en contacto con la oficina de su proveedor o con el Departamento Acceso para Pacientes. Es posible que se le solicite un documento de identidad antes de realizar los cambios.

3. **Reconocimiento:** Al enviar este formulario, solicito a la Organización que modifique/corrija mi información médica según lo descrito anteriormente. Entiendo y reconozco que la Organización no está obligada a aceptar mi solicitud. Entiendo y reconozco que recibiré una respuesta dentro en un plazo de 90 días a partir de mi solicitud. Si se modifica mi expediente, entiendo y reconozco que la Organización lo notificará a las personas relevantes con las que deba compartirse la modificación.

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

Firma: _____ Fecha: _____

4. Devuelva este formulario de Modificación/Corrección y cualquier hoja adicional adjunta antes del:

Enviar a: Tampa General Hospital
Departamento HIM [Gestión de información de salud] -
Equipo de integridad de datos
P.O. Box 1289
Tampa, FL 33601

Correo electrónico: chartcorrections@tgh.org

Enviar por fax a: 813-844-1239

To be completed by authoring provider / Health Information Management Department

Physician / Caregiver Response:

☐ This request has been denied. No change to the original documentation because the documentation:

☐ Is accurate

☐ Was not created by us

☐ This request has been accepted. Addendum to record, if accepted: _____

If accepted and addendum is required, please also addend the record in Epic.

Name: _____ Signature: _____ Date: _____

For Tampa General Hospital use only

☐ Request received in

☐ Authoring Provider notified

☐ Response received in
HIM department

HIM on: _____

Delivered to: _____

by: _____

on _____ via _____

Date: _____



**Request for Amendment/
Correction of Health Information
by Tampa General Hospital**

Patient Information