



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: _____
 Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (____) _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **MRN:** _____

Comprendo que University Health System puede rechazar esta solicitud según lo permite la ley federal. Comprendo además que si University Health System rechaza mi solicitud, University Health System 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 System 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 System 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 System 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 System 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 SYSTEM 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 System
- 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 System con respecto a los derechos del paciente a acceder a su Información médica protegida
- La información médica protegida es correcta y está completa

Comentarios _____

Revisado por Administrador de Información médica/Director de Registros médicos: _____
 Fecha _____

