

SOLICITUD DE ENMIENDA

Información del Paciente/Participante/Cliente (P/P/C):	*Para llenarse si la persona que hace la solicitud no es el paciente*:
Nombre del paciente:	Nombre:
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	Verificación de identidad/autoridad:
Dirección:	Tel:
Ciudad: Estado: Tel:	Nombre de la clínica:

Llene las áreas a continuación tan detalladamente como le sea posible:

Fecha(s) de ingreso de los datos a enmendar: ____/____/____; ____/____/____; ____/____/____

Nombre del reporte o tipo de dato ingresado: _____

Por favor explique por qué el dato ingresado es incorrecto o incompleto: _____

Por favor explique cómo debe cambiarse el dato ingresado para que sea más correcto o más completo:

Si esta enmienda es aprobada, ¿desearía que la información corregida fuera enviada a alguien que pudo haber recibido la información en el pasado? (Marque uno) Sí No

Si es así, especifique el(los) nombre(s) y la(s) dirección(es) de la(s) persona(s) o el(los) lugar(es).

Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Dirección:	Dirección:

Al firmar abajo, certifico que soy el paciente o el representante personal nombrado anteriormente y que la información anterior es correcta a mi mejor saber y entender.

AUTORIZACIÓN:

Si firma alguien diferente del paciente, indique la relación

Firma del paciente Fecha

- Padre/Tutor legal
 Cuidador
 Poder legal duradero
 Otro (especifique): _____
 Representante personal/legal

Firma Fecha

Para más información acerca de los derechos de privacidad, vea el "Aviso de Prácticas de Privacidad" disponible en todos los sitios de AltaMed, o enviando una solicitud escrita a AltaMed Health Services Corporation Attn: HIM Director at 2040 Camfield Ave. Los Angeles, CA 90040. **Email:** RecordRequest@AltaMed.org **Teléfono:** (323) 622-2444

For AltaMed Health Services Use Only:

To be completed by appropriate AltaMed staff:

Date Received: _____/_____/_____

Date Sent to Health Information Management Director either through interoffice courier or by email to RecordRequest@AltaMed.org: _____/_____/_____

Health Record Number: _____

To be completed by Author of Entry:

(Please mark whether request to amend is accepted or denied. If denied, please document reason.)

Accepted

Only part of the request will be amended and I will document an addendum in the EHR

The entire request will be amended and I will document an addendum in the EHR

Denied

The PHI is accurate and complete

The PHI was not created by this organization

The PHI is not part of the designated record set

The PHI is not available for inspection according to federal law (e.g., psychotherapy notes)

Other: _____

Comments of Healthcare Provider/Author:

Author Printed Name

Title

Author Signature

Date