

# Solicitud de enmienda de información de salud protegida

## PACIENTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número de expediente

## EL PACIENTE DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Solicito que se enmiende la siguiente información:

Fechas de las secciones que se deben enmendar:

Texto de las secciones que se deben enmendar:

Explique por qué es incorrecta o está incompleta esta sección. ¿Qué debe decir la sección para que sea precisa o para que esté completa?

Indique si desea que se le envíe un expediente enmendado a alguien a quien le hayamos divulgado la información anteriormente. Especifique el nombre y la dirección de la persona o de la organización:

Firma del individuo o del representante personal

(Si firma el representante,  
indicar relación con el paciente)

Fecha

## EL ADMINISTRADOR DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Indicar si la sección se enmendó según lo solicitado:

Versión impresa

Versión electrónica

Ambas versiones

Especificar las solicitudes electrónicas:

Notificación de determinación enviada al paciente/solicitante el día:

Notificación de cambios enviada a entidades que ya habían recibido la información previamente:

Sí No

Comentarios:

Miembro del personal

Firma

Puesto

Fecha