

Request to Amend Protected Health Information

Date: _____

Patient name: _____

Date of birth: _____ Medical Record #: _____

Please tell us what protected health information you want changed:

Please tell us why you want this change. You must give a reason:

NOTE: We cannot delete or destroy any information already included in your medical record. We can only add clarifying or correcting statements.

We must tell you within 60 days if we will change your protected health information as you requested, or tell you that we need more time (up to 30 extra days) to decide.

Tell us where to send you a letter:

Give a phone number so we can call you: _____

(over)

If we decide to change the health information as you requested, we will send the change to any person who received the information before it was changed. Tell us if there are any such persons who need the changed information:

No Initials: _____

Yes Initials: _____

Please list the persons' names and addresses:

We will also send the amendment to other persons that we know received the information before it was amended if they relied, or might in the future rely, on the information to your detriment (harm). Do you agree to this?

No Initials: _____

Yes Initials: _____

We do not have to change your protected health information if:

1. We did not create the information, unless the person who created the information is unavailable to act on your request to change it (for example, the doctor who originally created the information has died). If this exception applies to you, please explain:

2. The information is accurate and complete.
3. You do not have the legal right to access the protected health information you want changed.
4. The protected health information you want changed is not part of the designated record set. This includes your medical records, billing records and records containing your protected health information that are used by us to make decisions about you.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: _____

Print name: _____
(*legal representative*)

For more information about your privacy rights, see the “Notice of Privacy Practices” available on our website at [insert web address] or at [department name] at [insert hospital name] or by sending a written request to [insert address].

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the hospital or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. To file a complaint with the hospital, contact [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. All complaints must be submitted in writing.

You will not be penalized for filing a complaint.

When you have finished filling out this form, please send it to [insert address] or bring it to the [insert department name] at [insert hospital name].

Solicitud de Enmienda de Información Médica Protegida

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de historia clínica: _____

Por favor indique la información médica protegida que desea modificar:

Indique el motivo por el cual desea hacer esta modificación. Debe indicar un motivo:

TENGA EN CUENTA: No podemos borrar ni destruir ninguna información ya incluida en su historial médico. Sólo podemos agregar comentarios que aclaren o corrijan.

Debemos informarle durante los próximos 60 días si modificaremos su información médica protegida según lo ha solicitado, o le indicaremos que necesitamos más tiempo (hasta 30 días adicionales) para tomar una decisión.

Indique el domicilio donde podemos enviarle una carta:

Proporcione un número de teléfono a fin de que podamos llamarle: _____

(sobre)

Si tomamos la decisión de modificar la información médica según lo ha solicitado, le enviaremos la modificación a todas las personas que hayan recibido la información antes de que fuera modificada. Indique si existen personas que deben recibir la información modificada:

No Iniciales: _____

Sí Iniciales: _____

Escriba los nombres y domicilios de estas personas:

Asimismo, enviaremos la enmienda a otras personas que sabemos que han recibido la información antes de que fuera modificada si se basaron, o es posible que en un futuro se basen, en la información en su perjuicio (daño). ¿Está de acuerdo con esto?

No Iniciales: _____

Sí Iniciales: _____

No es necesario que modifiquemos su información médica protegida si:

1. Nosotros no creamos la información, a menos que la persona que haya creado la información no esté disponible para responder a su solicitud de cambio (por ejemplo, si el médico que creó la información originalmente ha fallecido). Si esta excepción corresponde en su caso, explique:

2. La información es correcta y está completa.
3. Legalmente usted no tiene acceso a la información médica protegida que desea modificar.
4. La información médica protegida que usted desea modificar no forma parte del conjunto de expedientes designados. Estos incluyen sus expedientes médicos, los registros de facturación y los expedientes que contienen la información médica protegida que nosotros utilizamos para tomar decisiones acerca de usted.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante legal)

Para obtener más información acerca de sus derechos de confidencialidad, lea “Notice of Privacy Practices” disponible en nuestra sede en la red en [insert web address] o en el [insert department name] del [insert hospital name] o puede enviarnos una solicitud por escrito a [insert address].

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja en el hospital o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja en el hospital, debe comunicarse con [insert the name, title, and phone number of the contact person or office responsible for handling complaints]. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le aplicarán sanciones por presentar una queja.

Cuando haya terminado de completar el formulario, puede enviarlo a [insert address] o llevarlo al [insert department name] del [insert hospital name].