

# Response to Request to Amend Protected Health Information

---

Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dear: \_\_\_\_\_  
*(name of recipient)*

We received your request to change your protected health information.

- We need more time to process your request. We will send you a response to your request by *(date)* \_\_\_\_\_.
- We will make the change as you requested and will notify the persons you designated of the change.
- We will make the change that you requested, but only in part, and will notify the persons you designated of the change.

The part of the change that we will make is:

---

---

---

The part of the change that we will not make is:

---

---

---

- We will not make the change as you requested because:
  - You did not include a reason to support your request.
  - The information we have is accurate and complete.
  - We did not create the information you want changed, and you did not give us a reasonable basis to believe that the originator of the information is no longer available to act on your request to change the information.
  - The information you want changed is not information that you have a right to access.

- The information you want changed is not part of the designated record set. This means your medical records, billing records and records containing your protected health information that are used by us to make decisions about you.
- Other \_\_\_\_\_

If we denied your request to change your protected health information, in whole or in part, you may submit a “Statement of Disagreement.” If you do not submit a “Statement of Disagreement” you may ask us to include your amendment (change) request and our denial along with all future disclosures of the information that you wanted changed.

If you want to submit a “Statement of Disagreement,” please write “Statement of Disagreement” on the top and send it to [insert address] or bring it to the [insert department name] at [insert hospital name].

If you want us to include your amendment (change) request and our denial along with future disclosures of the information that you wanted changed, please send a letter to [insert address] or bring it to the [insert department name] at [insert hospital name].

For more information about your privacy rights, see the “Notice of Privacy Practices” available on our website at [insert web address] or at [insert 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.*

Sincerely,

Hospital representative

# Repuesta a la Solicitud de Enmienda de Información Médica Protegida

---

Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estimados: \_\_\_\_\_  
(name of recipient)

Hemos recibido su solicitud para cambiar su información médica protegida.

- Necesitamos más tiempo para procesar su solicitud. Le enviaremos una respuesta a su solicitud antes del \_\_\_\_\_.
- Haremos el cambio según lo ha solicitado y le informaremos a las personas que ha designado acerca de dicho cambio.
- Haremos el cambio que ha solicitado pero sólo parcialmente, y le informaremos a las personas que ha designado acerca de dicho cambio.

La parte del cambio que haremos es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La parte del cambio que no haremos es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- No haremos el cambio que ha solicitado debido a que:
  - Usted no incluyó un motivo que respalde su solicitud.
  - La información que tenemos es correcta y está completa.
  - Nosotros no creamos la información que usted desea cambiar, y usted no nos proporcionó un motivo razonable para creer que el creador original de la información ya no está disponible para responder a su solicitud de cambiar la información.
  - La información que desea cambiar no es información a la que usted tenga acceso legalmente.

- La información que usted desea cambiar no forma parte del conjunto de expedientes designados. Esto significa 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.
- Otras consideraciones \_\_\_\_\_

Si negamos su solicitud de enmienda de su información médica protegida, en parte o en su totalidad, usted puede presentar una “Manifestación de Desacuerdo”. Si usted no presenta una “Manifestación de Desacuerdo”, puede solicitarnos que incluyamos su solicitud de enmienda (cambio) y nuestra negativa en todas las divulgaciones futuras de la información que usted desea cambiar.

Si desea presentar una “Manifestación de Desacuerdo”, escriba “Manifestación de Desacuerdo” en la parte superior y envíela a [insert address] o llévela al [insert department name] del [insert hospital name].

Si desea que incluyamos su solicitud de enmienda (cambio) y nuestra negativa en las divulgaciones futuras de la información que deseaba cambiar, envíe una carta a [insert address] o llévela al [insert department name] del [insert hospital name].

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.*

Muy atentamente,

Representante del Hospital