

# Statement of Disagreement/Request to Include Amendment Request and Denial with Future Disclosures

---

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

Patient name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_

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

Phone Number: \_\_\_\_\_

I understand that (*name of hospital*) \_\_\_\_\_ denied my request to change my protected health information. My request was dated \_\_\_\_\_.

Mark only one box below:

- I want to file this "Statement of Disagreement." I disagree with the denial because:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I understand that the hospital may prepare a written rebuttal to my Statement of Disagreement. A **"rebuttal"** is a statement of why the hospital thinks my Statement of Disagreement is wrong. If the hospital prepares a written rebuttal, I will receive a copy.

- I do not want to file a "Statement of Disagreement," but I want (*name of hospital*) \_\_\_\_\_ to include my amendment (change) request and the denial along with all future disclosures of the information subject to my amendment request.

(over)

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 [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.*

# Manifestación de Desacuerdo/Solicitud de Incluir la Solicitud de Enmienda y la Negativa en Divulgaciones Futuras

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que el (*nombre del hospital*) \_\_\_\_\_ ha negado mi solicitud de cambiar mi información médica protegida. La fecha de mi solicitud fue \_\_\_\_\_.

Marque sólo un casillero a continuación:

- Deseo presentar esta “Manifestación de Desacuerdo.” Estoy en desacuerdo con la negativa debido a que:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que el hospital puede preparar una refutación a mi Manifestación de Desacuerdo por escrito. Una **“refutación”** es una manifestación de los motivos por los cuales el hospital considera que mi Manifestación de Desacuerdo es errónea. Si el hospital prepara una refutación por escrito, recibiré una copia.

- No deseo presentar una “Manifestación de Desacuerdo,” pero deseo que el (*nombre del hospital*) \_\_\_\_\_ incluya mi solicitud de enmienda (cambio) y la negativa en todas las divulgaciones futuras de la información sujeta a mi solicitud de enmienda.

(sobre)

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.*