

SOLICITUD DE ENMIENDA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Complete, firme y envíe por correo el formulario original al Oficial de Privacidad, a la siguiente dirección:
Please complete, sign and mail the original form to the Privacy Officer at the following address:

Cambridge Health Alliance
103 Garland St.
Everett, MA 02149

Sección I: Completada por el paciente o el representante personal del paciente
Section I: Completed by Patient or Patient's Personal Representative

Fecha de solicitud: _____ Número del registro médico del paciente: _____
Date of Request Patient Medical Record Number

Nombre del paciente: _____
Patient's Name

Dirección del paciente: _____
Patient Address

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
Date of Birth Phone Number

Entiendo que el proveedor de atención de la salud puede o no complementar el registro médico de acuerdo con mi solicitud y, en ninguna circunstancia, puede modificar la documentación original de los registros médicos. Esta solicitud de complementación puede formar parte de mi registro médico permanente y se enviará a los individuos u organizaciones que se indican a continuación que recurrieran al contenido de mi registro médico.

I understand that the health care provider may or may not supplement the medical record with an addendum based on my request, and under no circumstance, is able to alter the original documentation of the medical records. This request for an addendum may be made part of my permanent medical record and will be sent to individuals/organizations identified below as having relied on the content of my medical record.

Solicito que se enmiende/corrija la siguiente información de mi registro médico: (¿Qué debería decir la información para ser más precisa o completa? Especifique las respectivas fechas de servicio y el documento que desea enmendar).

I request that the following information be amended/corrected in my medical record: (What should the entry say to be more accurate or complete? Please specify the respective date(s) of service and document you would like amended.)

Motivo de la solicitud: (Explique por qué la información es incorrecta o incompleta).

Reason for request: (Please explain why the entry is incorrect or incomplete.)

Fechas de la información a enmendar: (por ej., fecha de la visita, del tratamiento o de otros servicios de salud).

Date(s) of information to be amended: (e.g., date of visit, treatment, or other health care services)

¿Desea que esta enmienda/corrección se envíe a quien haya recibido o utilizado la información en cuestión (como su doctor, farmacéutico u otro proveedor de atención de la salud)? Sí No

De ser así, especifique los nombres y las direcciones:

Would you like this amendment/correction sent to anyone who may have received or relied on the information in question (such as your doctor, pharmacist, or other health care provider)? Yes No

If yes, please specify the name(s) and address(es):

¿Desea que esta Solicitud de Enmienda y la enmienda o la denegación de la enmienda se incluyan en su registro médico? Sí No

Do you want this Request for Amendment, and the amendment or denial of amendment to be included in your medical record? Yes No

Paciente o representante personal del paciente: _____

Patient or Patient's Personal Representative

Fecha: _____ **Relación con el paciente:** _____

Date

Relationship to Patient

SOLO PARA USO DE CAMBRIDGE HEALTH ALLIANCE

FOR CAMBRIDGE HEALTH ALLIANCE USE ONLY

Sección II: Completada por personal autorizado de CHA

Section II: Completed by CHA Authorized Personnel

La enmienda ha sido: Aceptada Rechazada

Amendment has been: Accepted Denied

Fecha: _____

Date

Documentos actualizados: Registro electrónico/en línea Registro en papel Ambos

Updated Document(s): Electronic/Online Record Paper Record Both

Comentarios/instrucciones especiales del profesional de la salud:

Healthcare Practitioner's Comments/Special Instructions

De ser rechazada, motivo del rechazo:

If denied, check the reason for denial

- La Información de salud protegida no fue generada por Cambridge Health Alliance
Protected Health Information was not created by the Cambridge Health Alliance
- La Información de salud protegida no forma parte de los registros designados del paciente
Protected Health Information is not part of the patient's Designated Record Set
- El paciente no puede acceder a la Información protegida de la salud conforme la política de Cambridge Health Alliance en relación con el derecho del paciente de acceder a su Información de salud protegida
Protected Health Information is not accessible by the patient under the Cambridge Health Alliance's policy regarding the patient's right to access his or her Protected Health Information
- La Información de salud protegida es completa y exacta
Protected Health Information is accurate and complete
- El autor del registro no está disponible porque _____
Originator of the record is not available because

Firma del Oficial de Privacidad _____ **Fecha:** _____

Signature of Privacy Officer

Date

Carta de denegación enviada al individuo

Denial letter sent to individual

Firma del personal _____ **Fecha:** _____

Signature of staff

Date

Nombre y cargo en letra de imprenta _____

Print Name & Title