

**SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO EM INFORMAÇÕES PROTEGIDAS DE SAÚDE**  
*REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION*

**Favor preencher, assinar e enviar o formulário original por correio ao Diretor de Privacidade, no seguinte endereço:**

*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**

**Seção I: Preenchida pelo(a) paciente ou representante pessoal do(a) paciente**

*Section I: Completed by Patient or Patient's Personal Representative*

**Data da solicitação:** \_\_\_\_\_ **Número do prontuário médico do(a) paciente:** \_\_\_\_\_

*Date of Request*

*Patient Medical Record Number*

**Nome do(a) paciente:** \_\_\_\_\_

*Patient's Name*

**Endereço do(a) paciente:** \_\_\_\_\_

*Patient Address*

**Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ **Número de telefone:** \_\_\_\_\_

*Date of Birth*

*Phone Number*

**Compreendo que o(a) profissional de saúde pode ou não complementar o prontuário médico com um aditamento com base na minha solicitação, e sob nenhuma circunstância é capaz de alterar a documentação original do prontuário médico. Esta solicitação de aditamento pode ser incorporada ao meu prontuário médico permanente e será enviada aos indivíduos/organizações identificados abaixo como tendo se fiado no conteúdo do meu prontuário 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 as seguintes informações sejam alteradas/corrigidas em meu prontuário médico:** (O que a entrada deverá informar, para ser mais exata ou completa? Por favor, especifique a(s) respectiva(s) data(s) do serviço e o documento que gostaria de alterar.)

*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.)*

---

---

---

---

---

---

---

---

**Razão da solicitação:** (Por favor, explique por que a entrada está incorreta ou incompleta.)

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

---

---

---

**Data(s) da informação a ser alterada:** (p. ex., data da consulta, tratamento ou outro serviço de saúde)

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

**Você gostaria que esta alteração/correção fosse enviada para qualquer pessoa que possa ter recebido ou se fiado na informação em questão (como seu médico, farmacêutico ou outro profissional de saúde?)**

Sim  Não Em caso afirmativo, especifique o(s) nome(s) e endereço(s):

*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):*

---

---

---

---

**Você gostaria que esta Solicitação de Alteração e a correspondente alteração ou recusa de alteração fossem incluídas no seu prontuário médico?  Sim  Não**

*Do you want this Request for Amendment, and the amendment or denial of amendment to be included in your medical record?*

Yes  No

**Paciente ou representante pessoal do(a) paciente:**

*Patient or Patient's Personal*

*Representative* \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_ **Relação com o(a) paciente:** \_\_\_\_\_

*Date*

*Relationship to Patient*

PARA USO EXCLUSIVO DA CAMBRIDGE HEALTH ALLIANCE  
FOR CAMBRIDGE HEALTH ALLIANCE USE ONLY

**Seção II: Preenchida por pessoal autorizado da CHA**

*Section II: Completed by CHA Authorized Personnel*

A alteração foi:  Aceita  Negada

*Amendment has been: :  Accepted  Denied*

Data: \_\_\_\_\_

*Date*

Documento(s) atualizado(s):  Prontuário eletrônico/online  Prontuário impresso  Ambos

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

**Comentários/instruções especiais do profissional de saúde:**

*Healthcare Practitioner's Comments/Special Instructions:*

---

---

---

---

---

Se negado, assinale a razão da recusa:

*If denied, check the reason for denial:*

- As Informações Protegidas de Saúde não foram criadas pela Cambridge Health Alliance  
*Protected Health Information was not created by the Cambridge Health Alliance*
- As Informações Protegidas de Saúde não fazem parte do Conjunto Designado de Arquivos  
*Protected Health Information is not part of the patient's Designated Record Set*
- As Informações Protegidas de Saúde não são acessíveis pelo(a) paciente segundo a política da Cambridge Health Alliance a respeito do direito do(a) paciente de acessar suas Informações Protegidas de Saúde  
*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*
- As Informações Protegidas de Saúde estão precisas e completas  
*Protected Health Information is accurate and complete*
- O originador do prontuário não está disponível porque \_\_\_\_\_  
*Originator of the record is not available because*

Assinatura do Diretor de Privacidade \_\_\_\_\_  
*Signature of Privacy Officer*

Data: \_\_\_\_\_  
*Date*

- Carta de recusa enviada ao indivíduo  
*Denial letter sent to individual*

Assinatura do(a) funcionário \_\_\_\_\_  
*Signature of staff*

Data: \_\_\_\_\_  
*Date*

Nome legível e título \_\_\_\_\_  
*Print Name & Title*

**Para obter mais informações, contate o Diretor de Privacidade no seguinte número: 617-591-4889**  
*For more information, please contact the Privacy Officer at the following number: 617-591-4889*