

Solicitud de Corrección y Enmienda de Información de Salud Protegida

NOTA: Complete un solo formulario por paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección postal

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

1. Describa la información que desea corregir/modificar, incluyendo fechas:

2. ¿Qué debe decir la información para que sea precisa o completa?

3. ¿Conoce a alguien que pueda haber recibido o confiado en la información en cuestión?

4. Si se acepta la modificación, ¿le gustaría compartirla con las personas que puedan haber recibido esta información? Sí No

En caso afirmativo, especifique el nombre y la dirección de las organizaciones o personas.

Recibirá una respuesta por escrito en un plazo de 60 días a partir de la recepción de esta solicitud. La clínica puede solicitar por escrito una prórroga adicional de 30 días, según lo permitido por la ley federal.

Firma del representante legal/paciente mayor de 18 años

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legal/paciente mayor de 18 años

Relación con el paciente