

## Formulario para Corregir Información de Salud

\*Para solicitar una enmienda o corrección de su información de salud, llene completamente este formulario y entréguelo al consultorio o instalación de CHS donde usted recibió tratamiento. Para obtener la dirección correcta del consultorio o instalación, por favor visite [www.carolinashealthcare.org](http://www.carolinashealthcare.org) y seleccione la ubicación ("Location", en inglés). Usted recibirá una respuesta a su solicitud en 60 días desde el momento que recibimos su solicitud por escrito.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Cuatro últimos dígitos de su número de su Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Tel de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel de celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del consultorio o instalación de CHS donde usted desea corregir sus registros: \_\_\_\_\_

Incluya nombres de la Persona / Cuidador / Proveedor de la información que usted desea corregir: \_\_\_\_\_

Incluya las fechas de tratamiento de la información o documentos que usted desea corregir: \_\_\_\_\_

Describa sus razón por las que usted piensa que la información es inexacta: \_\_\_\_\_

Declaración de su petición de enmienda o corrección: \_\_\_\_\_

¿Desea que esta enmienda sea extendida a cualquiera que quizá hayamos revelado información en el pasado? De ser así, por favor especifique el nombre y la dirección de la organización o individuo: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si está firmando como representante autorizado, describa su autoridad para actuar en nombre del paciente, y entregue documentación donde muestra su autoridad, según sea apropiado: \_\_\_\_\_

### (Solo para uso de Carolinas HealthCare System)

#### For Carolinas HealthCare System Use Only

Amendment has been:  Accepted  Denied  Partial Acceptance/Denial

#### If denied (fully or partially), check reason:

PHI was not created by Carolinas HealthCare System

PHI is accurate and complete

PHI is not part of the patient's designated record set

PHI is not available for amendment as permitted by Federal Law

Signature(s): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Name & Title: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Original: File or Scan in medical record



\* 9 6 3 \*