

SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Fecha: _____ Número de historia clínica: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor indique la información médica protegida que desea modificar:

Indique el motivo por el cual desea hacer esta modificación. Debe indicar un motivo:

TENGA EN CUENTA: No podemos borrar ni destruir ninguna información ya incluida en su historial médico. Sólo podemos agregar comentarios que aclaren corrijan.

Debemos informarle durante los próximos 60 días si modificaremos su información médica protegida según lo ha solicitado, o le indicaremos que necesitamos más tiempo (hasta 30 días adicionales) para tomar una decisión.

Indique el domicilio donde podemos enviarle una carta:

Proporcione un número de teléfono a fin de que podamos llamarle: _____

(sobre)

(Portada)

Si tomamos la decisión de modificar la información médica según lo ha solicitado, le enviaremos la modificación a todas las personas que hayan recibido la información antes de que fuera modificada. Indique si existen personas que deben recibir la información modificada:

No Iniciales: _____

Sí Iniciales: _____

Escriba los nombres y domicilios de estas personas:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Asimismo, enviaremos la enmienda a otras personas que sabemos que han recibido la información antes de que fuera modificada si se basaron, o es posible que en un futuro se basen, en la información en su perjuicio (daño).
¿Está de acuerdo con esto?

No Iniciales: _____

Sí Iniciales: _____

No es necesario que modifiquemos su información médica protegida si:

1. Nosotros no creamos la información, a menos que la persona que haya creado la información no esté disponible para responder a su solicitud de cambio (por ejemplo, si el médico que creó la información originalmente ha fallecido). Si esta excepción corresponde en su caso, explique:

2. La información es correcta y está completa.

3. Legalmente usted no tiene acceso a la información médica protegida que desea modificar.

4. La información médica protegida que usted desea modificar no forma parte del conjunto de expedientes designados. Estos incluyen sus expedientes médicos, los registros de facturación y los expedientes que contienen la información médica protegida que nosotros utilizamos para tomar decisiones acerca de usted.

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 www.valleypres.org o en el Departamento de Información de Salud del Valley Presbyterian Hospital o puede enviarnos una solicitud por escrito a Valley Presbyterian Hospital, 15107 Vanowen Street, Van Nuys, CA 91405.

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 el Oficial de Cumplimiento a (818) 782-6600. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le aplicarán sanciones por presentar una queja.

Cuando haya terminado de completar el formulario, puede enviarlo a Valley Presbyterian Hospital, 15107 Vanowen Street, Van Nuys, CA, 91405 o llevado al el Departamento de Información de Salud del Valley Presbyterian Hospital.