

Lake Highlands Medical Partners
Petición de Corrección / Modificación de Registros Médicos

Yo, _____, autorizo que el siguiente cambio en mi expediente médico o el historial de mi hijo menor de edad sea modificado / corregido con lo sigue:

Nombre del Paciente

Número de Seguro Social del Paciente

Fecha de entrada que debe corregirse / modificarse

La razón por la que estoy solicitando una modificación es por lo siguiente:

- Ay errores en el acta
- El acta está incompleta
- Uno de los diagnóstico no es correcto
- Otros _____

Por favor, explique cuál es la parte del expediente médico que usted piensa que es incorrecto.

Por favor, explique la forma en que el título debe decir para ser más exactos o completo.

Le informaremos cuando esta solicitud sea aceptada o denegada. Tenga en cuenta que los registros médicos no será modificados por efectos de facturación a menos que sea médicamente justificado.

Si aceptamos la corrección, le gustaría una copia de esta enmienda enviada a cualquiera que podamos tener la información divulgada ? En caso afirmativo, sírvira especificar el nombre y la dirección del organización o individuo:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente / Representante Legal

Fecha

Relación con el Paciente

Testigo

Fecha

Para uso exclusivo en la Oficina Corrección/ Enmienda ha sido : Aceptadas Negado

En caso de negación, por favor describa el motivo por la que fue denegada:

- PHI no fue creada por el Centro de Atención Urgente en Bluffton-Okatie
- PHI no está disponible para el paciente como para la inspección requerida por la ley federal (por ejemplo, notas de psicoterapia)
- PHI es exacta y completa
- PHI no es parte del paciente de archivo designado

Comentarios de Proveedor:

Firma del Proveedor

Fecha