

SOLICITUD DE CORRECCIÓN/MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Complete todas las secciones y escriba las respuestas en letra de molde:

Nombre del PACIENTE :	Segundo nombre u otro:	Fecha de nacimiento del paciente: / /
Dirección del paciente:		Apto./Unidad/Suite del paciente:
Ciudad del paciente:	Estado del paciente: <input type="checkbox"/> NY <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> OTRO: _____	Código postal del paciente:
Teléfono del paciente: <input type="checkbox"/> Celular o <input type="checkbox"/> Casa ()	Número de fax del paciente (si corresponde): ()	Correo electrónico del paciente:

Especifique el centro desde el que está solicitando una corrección/modificación de su información médica protegida:

Hospitales/Centros para pacientes ingresados

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital | <input type="checkbox"/> NYP/Lawrence | <input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center |
| <input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist | <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan | <input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division |
| <input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center | <input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital | <input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital |
| <input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley | <input type="checkbox"/> NYP/Queens | |

Centros ambulatorios/Consultorios médicos

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Columbia University Irving Medical Center (CUIMC) | <input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (WCM) | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Brooklyn |
| <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Hudson Valley | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Queens | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Westchester |

Fecha de la entrada que se debe modificar: ____ / ____ / ____ Proveedores que visitó: _____

Explique por qué la entrada es incorrecta o está incompleta. (Use papel adicional si necesita más espacio para explicar)

¿Quiere que se envíe esta modificación a alguien a quien podríamos haber revelado la información en el pasado? Si es así, escriba el nombre y la dirección de la organización o persona:

Nombre y dirección del destinatario

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha

Solo para uso de la organización:

Fecha de recepción de la HIM: ____ / ____ / ____

Aceptada Se modificará la información médica protegida correspondiente

Rechazada Motivo del rechazo especificado abajo. **Marque el motivo del rechazo:**

- Esta organización no creó la PHI
- La PHI no forma parte del conjunto de registros designados del paciente
- La PHI es precisa y completa
- La PHI no está disponible para que el paciente la inspeccione, según lo exige la ley federal (p. ej., notas de psicoterapia)
- La PHI fue documentada por un proveedor que ya no forma parte de esta organización

Comentarios del proveedor de atención médica:

Firma del proveedor de atención médica

Fecha