

Complete la siguiente información:

1. Fecha de hoy: _____
2. Nombre legal completo del paciente: _____
3. Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono del paciente: _____
4. Paciente n.º: _____ (Para uso exclusivo de la institución)
5. Dirección del paciente: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
6. Describa la información que desea corregir (*por ejemplo*, resultados de análisis de laboratorio, notas del médico) _____
7. Proporcione las fechas de la información que se debe corregir (*por ejemplo*, fecha de visita médica, tratamiento u otros servicios de atención médica) _____
8. ¿Cuál es su motivo para realizar esta solicitud? _____
9. ¿De qué manera esta información es incorrecta o está incompleta? _____
10. **Adjunte la corrección escrita.**
11. ¿Sabe de alguien que pudo haber recibido o confiado en la información en cuestión, como su médico, farmacéutico, plan de salud u otro proveedor de atención médica?
En caso afirmativo, especifique los nombres y las direcciones de dichas organizaciones o personas.

12. Si se acepta la corrección, ¿nos autoriza a compartirla con las personas que hayan recibido esta información? _____

Signature of patient/legal representative
Firma del paciente o representante legal

Date
Fecha

Individual other than patient
Solicitante que no sea el paciente

Relationship
Relación

Date
Fecha

**FOR HEALTHCARE ORGANIZATION USE ONLY
SOLO PARA USO DE LA ORGANIZACIÓN DE SALUD**

Amendment has been: Accepted Denied

Signature of Facility Privacy Official: _____ Date: _____

- Patient has not filed a Statement of Disagreement, but requests that any future releases include the requested amendment and denial information.
- Patient has filed a Statement of Disagreement that **must** be released along with other documentation with any future releases of information.
- Facility/provider appended written response (rebuttal) and forwarded to patient.
- Facility/provider did not provide a response/rebuttal.



**Request For Amendment
Of Health Information
Solicitud de rectificación
de información de salud**

Copy 1 - FPO Copy 2 - Patient

Patient Information/Label



PARS
50021SP (02/20)