

| | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| Nombre de Paciente (En letra Imprenta) | Fecha de Nacimiento | NRM (del Centro Médico) |
| Dirección | Número de Teléfono de Casa | Número de Teléfono del Trabajo |
| Después de la revisión de mi expediente médico, no siento que la documentación original no es correcta. Yo deseo añadir información en forma de anexo al expediente médico. | | |
| Fechas de Servicio(s): | | |
| Estoy modificando mi expediente médico añadiendo la siguiente información: | | |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | |
| Yo entiendo que el equipo de atención puede o no complementar el expediente médico con un apéndice basado en mi solicitud. Ellos, en ninguna circunstancia, pueden alterar la documentación original del expediente médico. Esta solicitud de enmienda se hará parte de mi expediente médico permanente y se enviará como parte del expediente médico en respuesta a cualquier solicitud autorizada para mi información médica. | | |
| Estas son las organizaciones que quiero que me informen de la enmienda solicitada: | | |
| Nombre | Nombre | |
| Dirección | Dirección | |
| Ciudad, Estado, Código Postal | Ciudad, Estado, Código Postal | |
| Entiendo que, al enumerar el nombre y las direcciones de otras organizaciones en este formulario de enmienda, le pido a St. Christopher's Hospital for Children que tome medidas razonables para revelar la enmienda solicitada a estas organizaciones. Por lo tanto, doy permiso al St. Christopher's Hospital for Children para compartir la enmienda con estas organizaciones. Además, entiendo que el St. Christopher's Hospital for Children puede ser requerido para enviar esta enmienda a sus socios comerciales y otras organizaciones que necesitan saber acerca de esta enmienda. Doy permiso para enviar la enmienda solicitada a las organizaciones identificadas por el St. Christopher's Hospital for Children como la necesidad de la enmienda. | | |
| Nota: Si tiene nombres adicionales, por favor adjunte una hoja adicional a esta página. Mi firma a continuación significa que estoy de acuerdo con los términos anteriores. | | |
| Imprimir nombre del paciente | Fecha de Nacimiento | |
| Firma del Paciente o Firma del Representante Autorizado | Fecha | |

Request to Amend Protected Health Information

White - Director, Health Information Management
Yellow - Patient