



MARTIN HEALTH SYSTEM

Con el fin de comenzar el proceso de corrección o enmienda, favor de llenar el

**Instrucciones para solicitar una corrección o enmienda a la
Información médica protegida**

formulario de solicitud adjunto. Si lo llena en el sitio, entréguelo a la persona designada; si lo llena en casa, favor de enviarlo por correo a:

**Martin Health System
Health Information Management
PO Box 9010
Stuart, FL 34995**

Una vez que se reciba la solicitud llena, usted recibirá un aviso por escrito de los resultados, dentro de sesenta (60) días. Si no se puede tomar una determinación en sesenta (60) días, se enviará una actualización del estado y un acuerdo, por escrito, de tomar una determinación dentro de los siguientes treinta (30) días.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse al Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management), al (772) 223-5945 extensión 13070.

Solicitud de corrección o enmienda a la Información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____
N.º de historia clínica: _____ Número de teléfono: _____ Últimos 4 números del N.º de SS: _____
Dirección del paciente _____
Fecha(s) del servicio que se deba(n) corregir: _____

1. Describa la información que desea corregir:

2. Explique de qué forma es incorrecta o está incompleta esta información. Incluya la información que usted considera que debiera incorporarse con el fin de que el registro sea más exacto o completo.

3. ¿Desea que esta enmienda se envíe a alguien a quien se le haya divulgado la información anteriormente? De ser así, favor de especificar el nombre y dirección de la organización o el individuo: _____

Entiendo que el médico puede o no complementar la historia clínica con una enmienda basado en mi solicitud y entiendo que bajo **NINGUNA** circunstancia puede alterar la documentación original de la historia clínica. En cualquier caso, esta solicitud de enmienda pasará a formar parte de mi historia clínica permanente y se enviará como parte de la historia clínica en respuesta a cualquier solicitud autorizada de mi información médica.

FIRMA (del paciente o representante legal)

(Parentesco o relación)

FECHA

Respuesta sobre enmienda o corrección

- ____ Una corrección o enmienda formará parte de su historia clínica.
____ Una corrección o enmienda parcial formará parte de su historia clínica.
____ Su solicitud ha pasado a formar parte de su expediente médico permanente; SIN EMBARGO, su solicitud ha sido rechazada por el (los) siguiente(s) motivo(s):
____ La información médica en cuestión no fue generada por MHS
____ La información médica no forma parte de la historia clínica en MHS
____ La información médica es exacta y está completa
____ La información médica no es accesible para el paciente (p. Ej., registros escritos de psicoterapia, información recopilada con anticipación a un litigio, información prohibida por ley según la Ley de Mejoramiento de Laboratorios Clínicos.)
____ Otro: _____

Firma del profesional de atención médica: _____ FECHA: _____

(Nombre y cargo con letra de imprenta)
