

Para solicitar una corrección o cambio (enmienda) para su información de salud, por favor complete la información a continuación y presente este formulario a: Gestión de Información de Salud de Atrium Health Corporate, Casilla de Correos 32861, Charlotte, NC 28232-2861. Recibirá una respuesta a su pedido dentro de los 60 días siguientes desde el día en que recibimos su solicitud por escrito.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Teléfono móvil: (____) _____

Por favor, indique cuál es el establecimiento o consulta de Atrium Health y el lugar donde quiere cambiar su registro:

Incluya el nombre de la Persona, Cuidador o Proveedor que ha escrito la información que desea cambiar:

Incluya las fechas en las que se han procesado la información y los documentos que desea modificar: _____

Describa la información que desea modificar:

¿Qué tendría que decir el registro para que sea más correcto o completo?

Mencione los nombres de las personas u organizaciones a las que desea que notifiquemos de cualquier cambio en su historial médico:

Nombre	Dirección
_____	_____
_____	_____

Firma del paciente o representante: _____ Fecha: _____

Si firma en calidad de representante autorizado, describa su competencia para actuar en nombre del paciente, por ejemplo, el padre o la madre, el poder notarial para la atención de la salud y presente la debida documentación que acredite dicha facultad, según proceda: _____

Para uso exclusivo de Atrium Health

La enmienda ha sido: Aceptada Negada Parcialmente aceptada/negada

Si ha sido negada (completa o parcialmente), elige el motivo:

PHI no fue creado por Atrium Health

PHI es acertado y completo

PHI no es parte del conjunto de expedientes del paciente

PHI no está disponible para enmiendas según está permitido por la ley federal

Firma: _____ Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____

Observaciones: _____

