



## Solicitud para enmendar la información médica protegida (PHI)

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor, díganos qué información de salud protegida desea cambiar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, díganos por qué desea este cambio. Debes dar una razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Debemos notificarle dentro de los 60 días si modificaremos su información médica protegida como lo solicitó, o si necesitamos más tiempo para decidir, hasta 30 días adicionales.

Por favor, díganos dónde enviar su carta de notificación: \_\_\_\_\_

Por favor, díganos dónde podemos ponernos en contacto con usted por teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si decidimos enmendar la información de salud como usted lo solicitó, enviaremos la información enmendada a cualquier persona o agencia que haya recibido la información antes de que se cambiara, si usted la solicita. Enviaremos la información a cualquier persona o agencia que en el futuro pueda confiar en la información enmendada. Por favor, díganos si hay alguna de estas personas o agencias que desea que reciban la información enmendada.

No, no existen tales personas o agencias

Sí, notifique a las personas o agencias en estas direcciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No tenemos que cambiar su PHI si:

1) No creamos la información, a menos que la persona/agencia que creó la información no esté disponible para actuar sobre su solicitud (por ejemplo, el proveedor de atención médica que creó originalmente la información ya no está en práctica). Si esta excepción se aplica a usted, explique a continuación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) La PHI actual se completa o precisa.

3) Usted no tiene el derecho legal de acceder a la información que desea que se cambie.

La información que desea cambiar no forma parte del conjunto de registros designado. El conjunto de registros designado son sus registros médicos, de facturación y otros registros que usamos para tomar decisiones sobre su atención.



## Solicitud para enmendar la información médica protegida (PHI)

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o representante

\_\_\_\_\_  
Si es representante del cliente, describa la relación

Envíe este formulario a los Registros Médicos a: **515 28 3/4 Road, Grand Junction, CO 81501**

*Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad, disponible en el sitio web en [www.healthsolutionswest.org](http://www.healthsolutionswest.org) o en el Oficial de Privacidad. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad en P.O. Box 3807, Grand Junction, CO 81502 o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No se le penalizará por presentar una queja.*