



1695 North Sunrise Way, Palm Springs, CA 92262
Correo electrónico: HIM@daphealth.org • Teléfono: 760-656-8409 • Fax: 760-416-1651

Solicitud para modificar la información médica protegida

Conforme a la Ley Pública 104-191, también conocida como HIPAA, usted tiene derecho a solicitar una modificación de sus registros médicos personales si lo solicita por escrito.

Información del paciente	Nombre legal del paciente: _____
	Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____
	Dirección: _____
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información	Nombre del/los autor(es) de la(s) nota(s) inexacta(s) o incompleta(s): _____
	Fecha(s) de servicio(s) a modificar: _____

Explicación	Por favor, explique cómo la documentación es inexacta o incompleta: _____

Modificación solicitada	Indique exactamente lo que cree que el registro debe indicar para que sea preciso y esté completo: _____

Derechos y reconocimientos	<p>Políticas y limitaciones para las modificaciones a los registros médicos personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con la ley federal, podemos aceptar su solicitud de modificación(es) a sus registros médicos, o podemos rechazar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, debemos incluir una copia de su desacuerdo en sus registros médicos, junto con su solicitud. • Solo estamos obligados a modificar la información que se encuentra en su "Conjunto de registros designados", que es información médica, personal y de la oficina comercial, la cual creamos y conservamos en nuestras instalaciones, y que se utiliza para tomar decisiones directamente sobre su atención médica y tratamiento. Si la información que desea modificar fue creada por otra entidad, debe comunicarse directamente con esa entidad para que se modifique esa información. • Los siguientes tipos de información están exentos de modificación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Elementos no archivados en los registros médicos legales ○ Registros educativos exentos de HIPAA ○ Notas de psicoterapia ○ Datos exentos por la Ley de Mejoras de Laboratorios Clínicos ○ Datos involucrados en acciones penales, civiles o administrativas ○ Registros elaborados en previsión de la legislación • Conforme a las leyes federales, debemos dar curso a su solicitud de modificación(es) dentro de los sesenta (60) días posteriores a la solicitud inicial, ya sea mediante la modificación de sus registros médicos o proporcionándole un rechazo de su solicitud por escrito. Podemos tardar treinta (30) días adicionales para actuar sobre su solicitud, pero solo si le proporcionamos un aviso por escrito de la razón de la demora y una fecha de finalización prevista. • Si rechazamos su solicitud de modificación, le proporcionaremos una notificación por escrito indicando los motivos del rechazo. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene derecho a presentar una "Declaración de desacuerdo" por el rechazo. ○ Tiene derecho a presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por el rechazo de la modificación
-----------------------------------	--

Firma	Firma: _____ Fecha: _____ <small>(Paciente, poder notarial o representante legal)</small> Relación del representante: _____ NOTA: si es el representante legal, en cualquier calidad, adjunte los documentos si aún no están archivados en DAP Health.
--------------	---

Solo para uso del personal	Nombre del empleado: _____ He sido testigo de la ejecución de esta solicitud. Firma del empleado: _____ Fecha: _____
-----------------------------------	--