



SOLICITUD PARA CORREGIR O MODIFICAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

(REQUEST TO CORRECT/AMEND PROTECTED HEALTH INFORMATION -Spanish)

Por favor, rellene y devuelva la solicitud a Grady Health System (sistema de salud Grady), Corporate Compliance (el departamento de cumplimiento corporativo), 80 Jesse Hill Jr. Drive, SE, PO Box 26128, Atlanta, Georgia 30303 o envíe un fax al 404-489-6700. Para tramitar la solicitud, es necesario presentar una copia de un permiso o licencia de conducir válidos o de un documento de identidad expedido por el estado.

Nombre del paciente: _____ Número de expediente médico (MRN): _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
(Mes/día/año)
Teléfono: _____ Fechas de tratamiento: _____
Correo electrónico: _____

Entiendo que el Grady Health System (Sistema de salud Grady) puede o no suplementar el historial médico con un apéndice basado en mi solicitud, y que bajo ninguna circunstancia el Hospital puede alterar la documentación original de mi historial médico. Esta solicitud de enmienda puede formar parte de mi historial médico permanente y puede enviarse a las personas u organizaciones que se indican a continuación y que han consultado el contenido de mi historial médico.

Por la presente solicito que se enmiende (modifique) la siguiente información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí (por ejemplo, resultados de laboratorio, notas del médico):

La siguiente es la razón por la que hago esta solicitud:

Me gustaría solicitar la siguiente información adicional o cambio en la información:

Creo que las siguientes partes pueden haber recibido o utilizado la información en cuestión (por ejemplo, médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud):

Firma del paciente o de su representante legal: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Signature of Patient or Legal Representative) (Mes/día/año)

For Healthcare Facility Use Only Date Request Received: ____ / ____ / ____ Processed By: _____
(para uso del personal únicamente) (Mes/día/año) (enmienda procesada por)

- Amendment has been (la enmienda ha sido): Approved (aprobada) Partial Approval (aprobada parcialmente)
 Denied (Negada) If denied, check reason for denial (si fue negada, marque la razón):
 The PHI is not part of the patient's "designated record set". (La PHI no forma parte del "conjunto de registros designados" del paciente)
 The PHI was not created by this organization. (La PHI no fue creada por esta organización)
 The PHI is not available to for inspection as required by law. (La PHI no está disponible para ser inspeccionada según lo exige la ley)
 The PHI is accurate and complete. (La PHI es precisa y completa)

Signature of Health Care Practitioner/Compliance Office: _____ Date: ____ / ____ / ____
(Firma del profesional de la salud o de la Oficina de cumplimiento) (Fecha: Mes/día/año)

Tracking #: _____
(número para rastreo)