

PETICIÓN PARA CORRECCIÓN/ENMIENDA DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número UH: _____

Dirección del Paciente: _____

Número de teléfono del Paciente: _____

Fecha del ingreso a _____ Tipo del dato a
 enmendar: _____ enmendar: _____

Por favor, explique el motivo por el cual el dato es incorrecto o incompleto. ¿Qué debería decir el dato para ser más exacto o completo?

¿Desearía que esta enmienda se envíe a alguien a quien hayamos revelado la información en el pasado? Si es así, por favor especifique el nombre y la dirección de la organización o de la persona.

Nombre _____ Dirección _____

Nombre _____ Dirección _____

Firma del Paciente o del Representante Legal **Fecha**

Sólo para el uso de UTMB:

NOTIFICACIÓN:

Dirija este formulario a la Administración de Información de la Salud después que la persona lo haya llenado.

Fecha de recepción _____ **La enmienda ha sido:** Aceptada Denegada

Si ha sido denegada, marque la razón La IPS no está disponible al paciente para inspección, según lo requiere la ley federal (por ejemplo, notas de psicoterapia).

La IPS no fue creada por UTMB La IPS es exacta y completa

Comentarios del Médico de Atención de la Salud: _____

Nombre del Miembro del Personal _____ Título _____

Firma del Médico de Atención de la Salud _____ Fecha _____

SI NO ESTÁ DISPONIBLE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
 ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE Y EL No. UH EN EL ESPACIO A CONTINUACIÓN

PETICIÓN PARA LA CORRECCIÓN/ENMIENDA DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS)

Formulario 7077-3/03 del Registro Médico
**Hospitales de la División de Medicina de la
 Universidad de Texas
 Galveston, Texas**

Registro Médico - Original