

## Formulario para enmendar/corregir el expediente médico

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido:		Nombre:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento:	
Nombre del centro:		

1. Fecha en la cual su expediente médico debe ser corregido: \_\_\_\_\_

2. Lenguaje en su expediente médico que deber ser enmendado/corregido: \_\_\_\_\_

3. Indique el motivo de la enmienda/corrección: \_\_\_\_\_

4. Fecha que su expediente médico debe ser corregido: \_\_\_\_\_

5. Ayúdenos a identificar las personas que hayan recibido la información antes de la enmienda o corrección:

Nombre	Dirección	Ciudad, estado, código postal	Teléfono

6. ¿Nos autoriza usted a proporcionar la información en los puntos número "3" y "4" a la(s) persona(s) /organización/organizaciones indicada(s) en el punto número "5"?  Sí  No

No le provee la información a: \_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho de proponer una enmienda o corrección en el expediente médico. Este derecho no permite alterar ni cambiar el expediente original creado por su médico o del personal. Mantenemos el derecho de tomar una determinación en relación a esta solicitud y le notificaremos nuestra decisión en 60 días desde la fecha que recibimos esta solicitud.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

