

SOLICITUD DE ENMIENDA PARA LA INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda a su Información Protegida de Salud al completar este formulario y al enviarlo al:

Health Information Management Department
Reading Hospital
PO Box 16052
Reading, PA 19612-6052

POR FAVOR IMPRIMA

Su Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
mes día año

Dirección: _____

Por favor explique de qué manera la información de su historial médico está incorrecta o incompleta.

Yo entiendo que al listar los nombres y las direcciones de otras organizaciones en este formulario de Enmienda, estoy solicitando al Reading Hospital a tomar medidas razonables para divulgar la enmienda solicitada a estas organizaciones. Por lo tanto, yo otorgo permiso específico al Reading Hospital a divulgar la enmienda a estas organizaciones.

POR FAVOR ESPECIFIQUE ESAS ORGANIZACIONES EN LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO.

Además, yo entiendo que el Reading Hospital puede solicitar que se envíe esta enmienda a sus socios de negocio y a otras organizaciones que necesiten saber de esta enmienda. Yo otorgo permiso específico para enviar el pedido de enmienda a estas organizaciones identificadas por el Reading Hospital que necesiten la enmienda.

SOLICITUD PARA ENMENDAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

ESTAS SON LAS ORGANIZACIONES QUE DESEO SEAN INFORMADAS DEL PEDIDO DE ENMIENDA:

Nombre/Dirección:

Nombre/Dirección:

Nombre/Dirección:

Nombre/Dirección:

Nota: si tuviese nombres adicionales, por favor adjunte una hoja adicional a esta página.

Mi firma abajo indica que reconozco completamente y estoy de acuerdo con los términos mencionados.

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

X_____
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA