

Formulario para Corregir Información de Salud

*Para solicitar una enmienda o corrección de su información de salud, llene completamente este formulario y entréguelo al consultorio o instalación de Atrium Health donde usted recibió tratamiento. Para obtener la dirección correcta del consultorio o instalación, por favor visite <https://atriumhealth.org/> y seleccione la ubicación ("Location", en inglés). Usted recibirá una respuesta a su solicitud en 60 días desde el momento que recibimos su solicitud por escrito.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Cuatro últimos dígitos de su número de su Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel de casa: (____) _____ Tel del trabajo: (____) _____ Tel de celular: (____) _____

Nombre y dirección del consultorio o instalación de CHS donde usted desea corregir sus registros: _____

Incluya nombres de la Persona / Cuidador / Proveedor de la información que usted desea corregir: _____

Incluya las fechas de tratamiento de la información o documentos que usted desea corregir: _____

Describa sus razón por las que usted piensa que la información es inexacta: _____

Declaración de su petición de enmienda o corrección: _____

¿Desea que esta enmienda sea extendida a cualquiera que quizá hayamos revelado información en el pasado? De ser así, por favor especifique el nombre y la dirección de la organización o individuo: _____

Firma del paciente o representante: _____ Fecha: _____

Si está firmando como representante autorizado, describa su autoridad para actuar en nombre del paciente, y entregue documentación donde muestra su autoridad, según sea apropiado: _____

(Solo para uso de Atrium Health)

For Atrium Health Use Only

Amendment has been: Accepted Denied Partial Acceptance/Denial

If denied (fully or partially), check reason:

PHI was not created by Atrium Health PHI is accurate and complete
 PHI is not part of the patient's designated record set PHI is not available for amendment as permitted by Federal Law

Signature(s): _____ Date: _____

Print Name & Title: _____

Comments: _____

Original: File or Scan in medical record



Rev: 08/217