



\* A M E N D \*

SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

MRU01939 (02/10/22)

Page 1 of 1

PLACE PATIENT LABEL TO COVER OR COMPLETE BELOW:

Patient Name: DOB: Age: Sex: CSN: MRN:

Instrucciones: Complete y envíe este formulario con todos los documentos adjuntos requeridos al departamento de Manejo y Control de Información de Salud [Health Information Management (HIM), por sus siglas en inglés] en University Medical Center of Southern Nevada (UMC).

Nombre completo del paciente: Fecha de nacimiento: Sexo: Nº de licencia/ID con foto & Estado en que la obtuvo: 4 últimos números del Seguro Social del paciente: Dirección: Ciudad: Estado: Cód. postal: Fecha de los datos/información a enmendar: Nº de cuenta: Nº de expediente médico:

Tipo de visita (ej. a Urgencia, en Clínica):

Tipo de datos/información a enmendar (ej. Anotaciones médicas, informes transcritos, etc.):

Explique la razón porqué los datos/información están incorrectos o incompletos. ¿Qué es lo que tendría que decir para que los datos/información fuera más precisa y completa? (Si no le alcanza este espacio, agregue otra hoja):

Blank lines for explanation of data errors.

¿Le gustaría que esta enmienda fuera enviada a quienes ya se les había divulgado estos datos/información en el pasado? De ser así, por favor escriba el nombre y la dirección de la institución o del individuo.

Blank lines for recipient name and address.

Documentos requeridos a adjuntar:

- Una copia impresa de la parte del expediente médico a enmendar con la Información Protegida de Salud claramente marcada
Una fotocopia de la identificación con foto del paciente (y de la persona que solicita la enmienda, si lo requiere el representante legal)

Use uno de los siguientes métodos para enviar la solicitud completa y todos los documentos requeridos:

- Por correo: 1800 W. Charleston Boulevard, Las Vegas, Nevada 89102-2386 (Atención: HIM)
En persona: Departamento HIM en la dirección de arriba, lunes – viernes de 8AM a 430PM
Por fax: 702-207-8330 (Atención: HIM)
Por e-mail: HIMManagementAnalysts@umcsn.com

Mediante mi firma, entiendo que UMC puede o no enmendar la Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) basados en mi solicitud y que los datos/información original en el expediente médico no serán alterados. Además, entiendo también que esta solicitud de enmienda de mi información médica protegida será parte permanente de mi expediente médico. Por favor llame al 702-383-2228 si tiene alguna pregunta.

Hora: Fecha: Firma del paciente de representante legal:

Parentesco al paciente: Nombre, si está firmado por el representante legal: