



* 1 R F A P H I *

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD
SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés)
HIM REQUEST FOR AMENDMENT OF PHI (SPANISH)

MRU01939 (09/23/14)

Page 1 of 1

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Número de cuenta: Número de expediente médico:

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

B. Fecha de los datos/información a enmendar:

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

D. 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)

E. ¿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.

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.

Hour Date Patient Name or Legal Representative (in block letters) Patient Signature or Legal Representative

Envíe el formulario completo eligiendo una de estas opciones:

- POR CORREO: 1800 W. Charleston Boulevard, Las Vegas, NV 89102-2386; Attention: HIM Day Supervisor
POR FAX: (702) 207-8330; Attention: HIM Day Supervisor
EN PERSONA: Vaya a Expedientes Médicos, Dirección de Información de Salud (Medical Records (HIM) Department, en inglés) a la misma dirección que si lo enviara por correo; de lunes a viernes de 8:00am-6:00pm.
POR E-MAIL: Envíele un e-mail al supervisor de la Dirección de Información de Salud a HIMsupervisor@umcsn.com

FOR HIM USE ONLY / SÓLO PARA USO DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

- 1. Date Request Received / Fecha en que se recibió la solicitud:
2. Determination / Determinación: Request Accepted / Solicitud aceptada
Request Denied (indicate reason below) / Solicitud denegada (indique la razón abajo)*
* Request denied, because / Solicitud denegada porque:
The PHI is accurate and complete / La PHI es precisa y completa
The PHI was not created at UMC / La PHI no fue creada por UMC
The PHI is not part of the patient's designated record set / La PHI no es parte del expediente designado por el paciente
The PHI is not available to patients for inspection as required by federal law (e.g. psychotherapy notes) / La PHI no se encuentra disponible para que el paciente la inspeccione según lo requiere la ley federal (ej. anotaciones psicoterapéuticas)
3. Date Determination Letter mailed to Patient / Fecha en que la carta de determinación fue enviada por correo al paciente:

Time / Hora Date / Fecha Staff Member's Signature / Firma del personal Staff Member's Title / Cargo del personal que firma