



Comunidades más sanas®

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

[solo para usar en el consultorio]  
N.º de historia clínica:

Relación con el paciente:  Yo  Representante personal  Cónyuge  Otro

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ [ingrese mes/día/año]

Solicitud de modificación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo de la modificación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fechas para realizar la modificación: [No puede comenzar antes del 4/14/2003] \_\_\_\_\_

Otros comentarios:

<p>[solo para usar en el consultorio]</p> <p><b>Modificación aceptada:</b> _____ Sí _____ No</p> <p>_____ <b>Firma del médico</b></p>	<p><b>Motivo de la denegación:</b></p>
---	--

EL FORMULARIO COMPLETO PASARÁ A FORMAR PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA PERMANENTE