



Formulario de solicitud de modificación

Usted puede utilizar este formulario para solicitar la modificación de la información que tenemos en nuestros registros. Después de completar la sección 1, puede entregar este documento en persona, enviarlo por fax o por correo al centro donde recibió atención. Una vez que recibamos la modificación, incluiremos una copia en su expediente y enviaremos el documento original al autor de la anotación. Si el autor agrega un comentario en este formulario, le enviaremos una copia. También le enviaremos una copia a la(s) persona(s) a quien(es) usted haya solicitado el envío. Posteriormente, reemplazaremos la copia que incluimos inicialmente en el expediente con el original de su solicitud con los comentarios del autor.

Sección 1: Esta sección debe ser completada por el paciente o representante legal

Nombre:	
Fecha de nacimiento:	
Número de Seguro Social:	
Nombre del documento a modificar:	
Fecha de entrada a modificar:	
Explique de qué manera la entrada es incorrecta o está incompleta. ¿Qué se debe incluir en la entrada para que sea más precisa o completa? (Si es necesario, adjunte un documento por separado)_____	

¿Desea que se envíe esta modificación a alguna entidad con quien hayamos compartido esta información en el pasado? En caso afirmativo, especifique nombre(s) y dirección(es) a continuación. Si es necesario, adjunte un formulario con nombres y direcciones adicionales.	
Nombre y dirección n.º 1:	Nombre y dirección n.º 2:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Firma de la persona que presenta la queja:	
Relación con el paciente:	
Fecha de la firma:	

Sección 2: Esta sección debe ser completada por el autor de la entrada, el oficial de privacidad u otra persona designada

Comentarios/Medidas adoptadas:

Firma del autor, del Oficial de Privacidad u otra persona designada:
Fecha de la firma:

Trios Health

Solicitud de modificación del expediente médico

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del médico: _____