

Solicitud para Cambio en la Información



De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, usted tiene derecho a solicitar cambios a la información médica de usted que Baylor College of Medicine mantiene.

La Solicitud para Cambio de Información Médica Protegida es un documento que le permite a usted hacer cambios a su expediente médico con autorización de su médico.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Fecha de la entrada a ser cambiada: _____

Tipo de entrada a ser cambiada: _____

Por favor explique cómo piensa usted que debe cambiarse el expediente:

¿Desea usted que el cambio solicitado sea enviado a alguien a quien le hayamos divulgado información desde la fecha de cumplimiento de HIPAA del 14 de abril del 2003 a la fecha? De ser así, por favor especifique el nombre y el domicilio de la organización o del individuo.

Nombre de la persona o entidad a quien está permitido divulgar el cambio solicitado:

Domicilio de la persona o entidad a quien está permitido divulgar el cambio solicitado:

Autorización otorgada por: (nombre) _____

Parentesco con el paciente: _____

El paciente, cónyuge, representante legal o beneficiario (El cónyuge del paciente puede autorizar la divulgación de la información médica del paciente únicamente cuando la información médica tenga como único propósito el de procesar una solicitud para seguro de gastos médicos, para suscribirlo en un plan de atención a la salud o en un plan de beneficios para empleados, y cuando el paciente será incluido como cónyuge o dependiente bajo la póliza o el plan).

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Internal Use Only:

Change: Accepted Declined

Reason Declined: _____

Signature of Health Care Provider **Date**

Internal Use Only:

Patient I.D. Number: _____

____ 030 ____ 060

Patient Notified:

Process Date _____ **By** _____

(Initials)