

HIPAA –Petición para modificar información médica

NOMBRE DEL PACIENTE			FECHA DE NACIMIENTO
---------------------	--	--	---------------------

DIRECCIÓN DEL PACIENTE			
------------------------	--	--	--

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
--------	--------	---------------	----------

<p>AVISO</p> <p>Puede pedir cambiar información en su expediente médico a fin de mejorar la exactitud o totalidad de la información. La información original contenida en el expediente no se borrará ni se eliminará como resultado de este cambio. Su proveedor de atención médica tiene un plazo de 60 días a partir del recibo de esta petición para responder. Una vez completada la revisión, el original de este formulario se guardará en su expediente médico y se le dará una copia a usted.</p>	<p>ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO LLENADO A</p> <p>Health Information Management. 743 Spring Street NE Gainesville, GA 30501</p> <p>FAX 770-219-6903</p>
--	--

Fecha del registro a cambiarse:

Tipo de registro a modificarse (p. ej.: registro de consulta – clínico, registro de consulta – administrativo, registro hospitalario, datos de recetas médicas, antecedentes médicos del paciente):

<p>Por favor, explique en qué consiste el error en la anotación o qué le falta. ¿Cómo debería estar escrita la anotación para que fuera más exacta o que estuviera completa? Si tiene una copia del expediente, incorpore los cambios propuestos y adjunte dicha copia.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

Nombre y dirección de la persona a quien le gustaría que le notifiemos del cambio, si se acepta (p. ej., médico personal).	
NOMBRE	DIRECCIÓN
_____	_____
_____	_____

FIRMA DEL PACIENTE O PARTE AUTORIZADA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA
---------------------------------------	--------------------------	-------

SÓLO PARA USO INTERNO	FECHA DE RECIBO:
------------------------------	-------------------------

<p>La Petición para modificación ha sido <input type="checkbox"/> aceptada <input type="checkbox"/> rechazada <input type="checkbox"/> parcialmente aceptada <input type="checkbox"/> parcialmente rechazada</p> <p>La aceptación parcial y los rechazos se pueden basar en lo siguiente: la información o el expediente no fue creado por NGMC, NGPG o GHI; la información o expediente no forma parte de los expedientes médicos o de facturación de NGMC, NGPG o GHI; la información o el expediente no está disponible para inspección, de conformidad con las leyes de Georgia; la información o expediente es exacto y está completo en su forma actual.</p>
--

REPRESENTANTE DE NGMC, NGPG O GHI:	FECHA
------------------------------------	-------

<p>Si su petición fue rechazada, total o parcialmente, usted tiene los siguientes derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presentar una declaración escrita de por qué usted no está de acuerdo con el rechazo y enviarla a la dirección anotada arriba; • solicitar que su médico muestre esta Petición para modificación y el rechazo, con toda divulgación futura de la información solicitada en esta Petición para modificación; • presentar una queja por escrito al departamento de salud y servicios humanos a: Department of Health and Human Services. Region 4 Health Administrator, a la dirección 61 Forsyth Street, SW, Suite 5 B95, Atlanta, GA 30303
--

El Northeast Georgia Health System no es un proveedor de servicios de atención al paciente; en vez de ello, es una organización matriz de una familia de proveedores de atención filiales, que ofrece servicios de manejo de información de salud por medio de su departamento de información de salud.



PATIENT IDENTIFICATION:



517-02228

HIPAA - REQUEST FOR AMENDMENT OF HEALTH INFORMATION

FORM # 517-02228 (11/7/22)