

SOLICITUD PARA MODIFICAR (CAMBIAR) O CORREGIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Ingrese o escriba con letra de molde la información del paciente:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	N.º de expediente médico
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

Seleccione el centro del DHS para el que aplica esta solicitud de modificación

<input type="checkbox"/> Los Angeles General Medical Center	<input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center			
<input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center	<input type="checkbox"/> High Desert Regional Health Center			
<input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center	<input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Outpatient Center			
<input type="checkbox"/> CHC/Health Center: _____				
<input type="checkbox"/> Otro: _____				
Nombre del centro	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

SOLICITUD A DHS DE ENVIAR LA RESPUESTA A ESTA SOLICITUD A:

Nombre	Teléfono (incluya el código de área)		
Dirección	Fax (incluya el código de área)		
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico

DÍGANOS QUE INFORMACIÓN MÉDICA QUIERE MODIFICAR (CAMBIAR) O CORREGIR:

DÍGANOS POR QUÉ CONSIDERA QUE LA MODIFICACIÓN (CAMBIO) O CORRECCIÓN QUE ESTÁ SOLICITANDO ES ADECUADA O NECESARIA. DEBE DAR UN MOTIVO:

NÚMERO DE UNIDAD DE REGISTRO MÉDICO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO/SEXO

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

HS1018 (3-12)

Si decidimos modificar (cambiar) o corregir la información médica como lo solicitó, la modificación/corrección se enviará a las personas u organizaciones que identifique abajo.

1.ª Persona u organización		Teléfono (incluya el código de área)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
2.ª Persona u organización		Teléfono (incluya el código de área)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

INFORMACIÓN SOBRE SUS DERECHOS DE MODIFICACIÓN (CAMBIO)

DHS no procesará su solicitud de modificación (cambio) o corrección de su información médica si no lo hace por escrito en este formulario o si no nos dice por qué considera que la modificación es apropiada. Le avisaremos por escrito en un plazo de 60 días si modificaremos o corregiremos su información médica protegida como lo solicitó, o le diremos si necesitamos más tiempo (hasta 30 días adicionales) para decidir.

Si DHS deniega su solicitud de modificación (cambio) o corrección, le avisaremos por escrito cómo presentar una *Declaración de desacuerdo*, una reclamación o cómo solicitar que incluyamos su solicitud de modificación en su información médica protegida que mantenemos.

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE:

_____ **FECHA:** _____ / _____ / _____
 Mes / Día / Año

Si firmó una persona diferente al paciente, señale la relación y la autoridad para hacerlo:

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Formularios de la identificación dada:

<input type="checkbox"/> Licencia de conducir del estado	_____	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación del estado	_____
<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	_____	<input type="checkbox"/> Identificación de las fuerzas armadas	_____
<input type="checkbox"/> Otra (dé información adicional)	_____		_____

Centro: _____

Procesado

por: _____ Cargo: _____ Fecha: _____
 Nombre del empleado

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, pida a un miembro del personal del centro una copia de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*. También puede obtener una copia visitando nuestro sitio web en <http://www.dhs.co.la.ca.us/>.

NÚMERO DE UNIDAD DE REGISTRO MÉDICO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO/SEXO

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

HS1018 (3-12)