



SOLICITUD PARA CORREGIR/ENMENDAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Por favor, complete todas las secciones y escriba las respuestas en letra de molde:

Nombre del PACIENTE :		Nombre de soltera u otro nombre:	Fecha de nacimiento del paciente: / /
Dirección del paciente:			Apt /unidad/habitación del paciente:
Ciudad del paciente:		Estado del paciente: <input type="checkbox"/> NY <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> OTRO: _____	Código Postal del paciente:
Teléfono del paciente: <input type="checkbox"/> Móvil o <input type="checkbox"/> Casa ()	Número de FAX del paciente (si aplica): ()	Correo electrónico del paciente:	

Por favor, especifique el centro del que está solicitando una corrección/enmienda de su información protegida de salud:

Localizaciones de Hospitales/Centros de pacientes ingresados

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital | <input type="checkbox"/> NYP/Lawrence | <input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center |
| <input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist | <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan | <input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division |
| <input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center | <input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital | <input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital |
| <input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley | <input type="checkbox"/> NYP/Queens | |

Consultorio del médico/Centro ambulatorio

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Columbia University Irving Medical Center (CUIMC) | <input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (WCM) | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Brooklyn |
| <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Hudson Valley | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Queens | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Westchester |

Fecha de entrada para la enmienda: ____/____/____ **Proveedor(es) visto(s):** _____

Explique cómo la entrada es incorrecta o incompleta. (Use papel adicional si necesita más espacio para su explicación)

¿Le gustaría enviar esta enmienda a alguien a quien posiblemente nosotros hemos divulgado la información en el pasado? Si es así, especifique el nombre y la dirección de la organización o individuo:

Nombre y dirección del destinatario

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

For Organization Use Only:

Date Received by HIM: ____/____/____

- Accepted An amendment will be made to the appropriate protected health information
- Denied Reason for denial specified below, **Check reason for denial:**
- PHI was not created by this organization [LAL2]
 - PHI is not part of patient's designated record set
 - PHI is accurate and complete
 - PHI is not available to the patient for inspection as required by federal law (e.g. psychotherapy notes)

Comments of Healthcare Provider:

Signature of Healthcare Provider

Date