



SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
---------------------	---------------------	---

DIRECCIÓN DEL PACIENTE

TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE:

<p>AVISO</p> <p>Usted tiene derecho a pedir que se cambie la información en su expediente médico. Después de recibir su solicitud, Baylor College of Medicine (BCM) tiene un período de 60 días para responder. La información original en su expediente no se borrará ni destruirá como resultado de cualquier cambio hecho por BCM. Después de completar la revisión, el original de este formulario se mantendrá en su expediente médico y le entregarán una copia.</p>	<p>ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO POR CORREO POSTAL A:</p> <p>Baylor College of Medicine Attn: Release of Information 2 Greenway Plaza, Suite 900 Houston, TX 770546 713-798-5259 (teléfono) 713-798-1464 (fax)</p>
---	--

FECHA DEL REGISTRO A CORREGIR/ENMENDAR:

INFORMACIÓN QUE CORREGIR/ENMENDAR:

Explique por qué el registro es incorrecto o está incompleto. ¿Qué debe incluir el registro para que sea más exacto o esté completo? Si tiene una copia del registro, haga los cambios propuestos y adjúntela. Incluya más hojas si es necesario.

Nombre y dirección de la persona a quien le gustaría que BCM notifique de cualquier cambio, **si se acepta**.

NOMBRE	DIRECCIÓN

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL*	FECHA

ÚNICAMENTE PARA USO DE BCM

FECHA DE RECIBIDO:	LA SOLICITUD FUE:	<input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Parcialmente aceptada <input type="checkbox"/> Parcialmente denegada
--------------------	-------------------	--

MARQUE LA RAZÓN PARA DENEGARLA, DENEGARLA/ACEPTARLA PARCIALMENTE:	<input type="checkbox"/> La PHI no forma parte del conjunto de registros designado del paciente <input type="checkbox"/> BCM no creó el registro	<input type="checkbox"/> Según la ley federal, el registro no está disponible para inspección del paciente <input type="checkbox"/> El registro es exacto y está completo
---	---	--

FIRMA DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA:	FECHA:

FECHA DE NOTIFICACIÓN AL PACIENTE	POR:

Si BCM rechaza su solicitud, total o parcialmente, usted tiene los siguientes derechos:

- Presentar una declaración por escrito de por qué no está de acuerdo con la denegación y enviarla a la dirección indicada arriba.
- Pedir que su proveedor revele esta Solicitud de enmienda y la denegación con cualquier revelación futura de la información cuyo cambio se pidió según esta Solicitud de enmienda de información médica.
- Presentar una queja por escrito a BCM Privacy Office, One Baylor Plaza, MS: 265, Houston, TX 77030
- Presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles de Seguridad de la Salud y Servicios Humanos (Security of Health and Human Services, Office for Civil Rights).

**Instrucciones para completar el formulario
de solicitud de enmienda de información médica de BCM**

1. Escriba en letra de molde legible, en todos los campos, con tinta oscura permanente. Incluya tanta información como sea posible para ayudar a BCM a revisar su solicitud.
2. Firme y escriba la fecha en la solicitud.
3. Envíe el formulario completo y firmado a BCM Release of Information, a la dirección que se indica en el formulario.
4. Recibirá una fotocopia de su formulario completo, como acuse de recibo, a más tardar 10 días hábiles después de que BCM reciba su solicitud.
5. Se le notificará la aceptación o denegación de su solicitud en un plazo de sesenta (60) días a partir de que BCM reciba su solicitud.