



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente:

Apellido

Primer nombre

Inicial segundo nombre

Dirección:

Teléfono:

Fecha de nacimiento:

Por la presente, solicito que UnityPoint Health modifique lo siguiente **(marque todas las casillas que correspondan)**:

- Mis registros médicos
- Mis registros de facturación
- Mis registros de inscripción, pagos, adjudicación de reclamaciones, gestión de casos o gestión médica
- Mis registros utilizados por o para UnityPoint Health para tomar decisiones sobre mí,

todo lo que se describe más específicamente a continuación.

Entiendo que UnityPoint Health puede denegar esta solicitud según lo permitido por la legislación federal. Entiendo además que si UnityPoint Health deniega mi solicitud, UnityPoint Health me informará por escrito de su motivo para la denegación y de lo que debo hacer si no estoy de acuerdo con dicha denegación. Entiendo además que UnityPoint Health me notificará su decisión de aceptar o denegar mi solicitud en un plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la recepción de esta solicitud. Si UnityPoint Health no puede cumplir con mi solicitud dentro de este plazo, entiendo que puede prorrogar el plazo aplicable hasta un máximo de treinta (30) días calendario adicionales que se me debe notificar por escrito.

1. **Describa la información que desea modificar (por ej., procedimientos, notas del personal de enfermería/médico, resultados de pruebas)**



2. Fecha(s) de la información que se modificará (por ej., fecha de visita al consultorio, tratamiento u otros servicios de atención de la salud)

3. ¿Cuál es su motivo para realizar esta solicitud?: _____

4. ¿De qué manera los datos a corregirse son incorrectos, están incompletos o desactualizados?

5. ¿Qué debe decir la información para ser más precisa o completa? (Sea lo más específico posible)

6. ¿Conoce a alguien que pueda haber recibido o confiado en la información en cuestión (como su médico, farmacéutico, plan de salud u otro proveedor de atención médica)? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, especifique el(los) nombre(s) y la(s) dirección(ones) de la(s) organización(ones) o persona(s):

Firma del paciente o del representante personal del paciente

Fecha



UnityPoint Health

PARA USO EXCLUSIVO DE UNITYPOINT HEALTH:

Número de los registros médicos (MRN) del paciente: _____

La enmienda ha sido ____ aceptada ____ denegada

Si se deniega, marque el motivo de la denegación:

____ La información médica protegida no fue creada por UnityPoint Health

____ La información médica protegida no forma parte del conjunto de registros designado del paciente

____ El paciente no puede acceder a la información médica protegida según la política de UPH relativa al derecho del paciente a acceder a su información médica protegida

____ La información médica protegida es precisa y completa

Comentarios: _____

Firma del delegado de Privacidad: _____

Fecha: _____