

**SOLICITUD DEL PACIENTE PARA CORRECCIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**AVISO: La Ley de Portabilidad y Responsabilidad La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 le permite solicitar la corrección de nuestros registros que contengan su Información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) según lo define la HIPAA como Información de salud identificable individualmente. Use este formulario para describir los registros y las correcciones que solicita para**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrada que se corregirá: \_\_\_\_\_ Tipo de entrada que se corregirá: \_\_\_\_\_

Mediante el presente, solicito a \_\_\_\_\_ (Nombre del centro) que corrija mi PHI como se establece abajo.

Explique cómo está incorrecta o incompleta la entrada. En su opinión, ¿qué debe decir la entrada para ser más exacta o completa? (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Si el profesional de atención médica acepta su solicitud y completa una corrección a su expediente médico, ¿querría que esta corrección se envíe a quienes hayamos revelado la información en el pasado? Si es así, especifique el nombre y la dirección de la persona o entidad.

**Comprensión y confirmación**

Confirmando que se puede negar la corrección que solicito por motivos permitidos según HIPAA. Comprendo que, si se rechaza mi solicitud, tengo derecho a una explicación por escrito y puedo enviar una declaración por escrito en desacuerdo con el rechazo. La declaración por escrito se mantendrá en el expediente médico y se incluirá en futuras revelaciones de información de salud protegida que estén sujetas a la solicitud de corrección.

Si hago esta solicitud por un paciente que no sea yo, certifico que soy el representante personal legalmente autorizado del paciente y que solicito esta corrección de buena fe y en el mejor interés del paciente nombrado arriba. Comprendo que INTEGRIS puede pedir documentación que establezca la autoridad legal de representante personal del paciente nombrado arriba, lo que incluye, entre otros, un poder legal duradero válido para la atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde de la persona que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

INT-5471 Release of Information Forms



**Para uso exclusivo del centro:**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

La corrección ha sido:     Aceptada                       Rechazada

Si se rechazó, marque el motivo para ello:

- La solicitud de corrección no se hizo por escrito o estaba incompleta
- Motivo no válido para apoyar la solicitud
- Esta organización no creó la PHI
- La persona o entidad que creó la PHI no está disponible para hacer la corrección
- La PHI no era parte del expediente médico del paciente que mantiene INTEGRIS
- La PHI no está disponible para que la inspeccione el paciente, según lo exige la ley federal (por ejemplo, notas de psicoterapia)
- La PHI es exacta y está completa

Comentarios del profesional de atención médica o el representante de HIM \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del profesional de atención médica o representante de HIM                      Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de molde del profesional de atención médica o representante de HIM

**Devuelva el formulario completo a:**

<b>INTEGRIS HIM Department</b> <b>3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50</b> <b>Oklahoma City, OK 73112</b>	<b>Fax: (405) 552-8773</b>
	<b>Correo electrónico: <a href="mailto:HealthInfoManagement@integrishealth.org">HealthInfoManagement@integrishealth.org</a></b>
	<b>¿Tiene alguna pregunta? (877) 778-7211</b>