



MetroHealth

Solicitud para la corrección o enmienda de la información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de registro médico: _____

Dirección del paciente: _____

Fecha de la entrada que se modificará: _____

Tipo de entrada que se modificará: _____

Por favor explique por qué la entrada es incorrecta o está incompleta. ¿Qué debería decir la entrada para ser más precisa o completa?

¿Le gustaría que la enmienda se envíe a cualquier persona a quien hayamos divulgado la información en el pasado? Si es así, por favor especifique el nombre / los nombres y la dirección / las direcciones de la organización / las organizaciones o individuo(s). Por favor use papel adicional si necesita más espacio para su explicación.

Nombre: _____ Dirección (Calle/Ciudad/Estado/Código Postal) _____

Firma del paciente o representante legal: _____

Fecha: _____

For The MetroHealth System use only:

Date Received: _____

Amendment has been:

Accepted Denied

If denied, check the reason for denial:

PHI was not created by this organization

PHI is not part of a patient's designated record set

PHI is not available to the patient for inspection as required by federal law (e.g., information compiled in anticipation of a legal proceeding)

PHI is accurate and complete

Comments of Healthcare Practitioner:

Name of Healthcare Practitioner (Print): _____

Title: _____

Signature of Healthcare Practitioner: _____

Date: _____

Submit completed form via faxing: (216) 778-8777 or mailing: The MetroHealth System, Ethics and Compliance Department
2500 MetroHealth Dr., Cleveland, Ohio 44109