



Solo para el uso de la oficina, MR #: _____
Fecha de recepción: _____

Solicitud del paciente/representante del paciente para enmendar la información de salud protegida (PHI)

Nombre del establecimiento de salud de Mercy Health (Hospital, Clínica, Consultorio Médico, etc. - donde se le prestó atención (ser específico):

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono del paciente: _____

Dirección postal del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

1. Identifique/describa los documentos/informes que desea enmendar (por ejemplo, informe o nota del médico), sea específico e incluya la(s) fecha(s) del informe/nota que identificó:

2. ¿Cuál es el motivo de la solicitud? ¿De qué forma está el documento/informe actual inexacto o incompleto?

3. Qué debe decir o incluir el documento/informe para ser preciso y completo:

4. ¿Conoce a alguien que haya recibido o confiado en el dicho documento/ informe (como su médico, farmacéutico, plan de salud u otro proveedor de atención médica)?

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione el nombre y la dirección de la organización o persona a la que se le debe enviar el documento / informe modificado, si la enmienda es aprobada.

Nombre: _____

Dirección: _____

Firma del Paciente o Representante Legal Fecha de la firma
Si está firmado por el Representante Legal, por favor imprima el nombre:

Indique la relación con el paciente, (Adjuntar copia del papeleo verificando la autoridad legal):

Envíe las solicitudes completas a: Keianna Spencer, Analista de privacidad,
Keianna_Spencer@bshsi.org
1701 Mercy Health Place Cincinnati, OH 45237

Se dará respuesta a la solicitud dentro de 60 días de haberlo recibido