



Solicitud de enmienda de información del paciente

Petición de paciente del Condado de Hillsborough para Modificación de la Información Protegida de Salud

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Derecho de solicitar enmiendas a su información médica protegida (PHI) y nuestras responsabilidades:

El Condado de Hillsborough está comprometido a proteger su información personal de salud bajo las Reglas de Privacidad y Seguridad HIPAA 45 C.F.R. §§ 164.103, 164.105.

Usted (o su representante autorizado) tiene derecho a solicitarnos que se hagan enmiendas a la información médica protegida (PHI) que mantenemos sobre usted en un conjunto de registros designados. Cuando lo requiera la ley, modificaremos su información dentro de los 60 días de su solicitud y le notificaremos cuando hayamos modificado la información. La ley nos permite denegar su solicitud de enmendar su información médica en ciertas circunstancias, como cuando creemos que la información que usted nos ha pedido que sea corregida es correcta. El Condado de Hillsborough tiene derecho a realizar y facturar servicios basados en PHI en su forma actual o sobre los cuales ya ha confiado hasta que la información enmendada entre en efecto.

Solicitud de enmienda la información médica protegida (PHI):

A continuación, describa la información (PHI) que nos solicita que modifique y cómo se debe enmendar esta información con tanta especificidad como sea posible. Especifique fechas de servicio y otros detalles que le permitirán al Condado de Hillsborough cumplir con precisión y completamente su solicitud.

Firma del solicitante: _____ ***Fecha de solicitud:*** _____

Información del solicitante (si el solicitante no es el paciente):

Nombre: _____

Relación con el paciente (padre, encargado legal, etc.): _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____