



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