

**Forma para Solicitar una Enmienda  
a la Información de Salud Retenida en las Series de Registro Designados**

**Amber Hill Physical Therapy**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL OTRO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ REGISTRO MÉDICO #: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE DÍA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE NOCHE \_\_\_\_\_

ENTRADA PARA SER ENMENDADA:

DATE: \_\_\_\_\_ TYPE: \_\_\_\_\_

**Explique como la entrada está incorrecta o incompleta. ¿Qué debería la entrada decir para ser más exacta o completa?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Quisiera usted que esta enmienda sea enviada a alguien a quien ya hemos revelado la información en el pasado? De ser así, especifique:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

Entiendo que recibiré una copia de esta Forma y que mi petición será procesada dentro de 60 días o seré informado de la necesidad de una extensión de no más de 30 días para procesar la petición. Entiendo que esta petición de la enmienda puede ser negada. De ser negada, tengo el derecho de presentar una declaración escrita que discrepa con la negación, que debe estar contenida en no más de una página escrita a mano o mecanografiada en un tipo de letra de no menos de 10 puntos. Toda la información con relación a mi petición de la enmienda será unida a mis archivos y revelada a quien yo autorice la revelación de la información con relación a la enmienda.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE                      O                      PADRE/MADRE/GUARDIAN/PERSONA AUTORIZADA                      FECHA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE

PARA USO DE OFICINA SÓLAMENTE

FECHA RECIBIDA: \_\_\_\_\_ ENMIENDA:       Aceptada       Negada

De ser negada, la razón para la negación es:

- La información no fue creada por esta organización
- La información no es una parte del designado registro del paciente
- La información no está disponible para acceso al paciente como requerido por la ley federal
- La información es completa y exacta

Comentarios de practicante médico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PRACTICANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TÍTULO