



Departamento de salud del condado de Jefferson

Solicitud de enmienda de la información de la salud

Información del paciente

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección		Número de teléfono	
Número del expediente médico (si lo sabe)		Fecha de la solicitud	

Qué necesita enmendar y por qué

Por favor, identifique qué información está solicitando modificar y por qué. Proporcione detalles específicos. Tenga en cuenta que algunos cambios pueden requerir pruebas suficientes de que la información a modificar es falsa, inexacta o incompleta. Por ejemplo, se puede requerir un certificado de nacimiento u otro documento para cambiar la fecha de nacimiento. Incluya cualquier documento que posea para respaldar la solicitud, como el certificado de nacimiento.

Si se concede una enmienda, ¿le gustaría que enviemos los cambios a alguna persona o agencia a la cual le hayamos enviado registros de salud en el pasado? Por favor, escriba los nombres específicos, direcciones y números de teléfono si los sabe.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una enmienda a los registros clínicos, de facturación y otros utilizados por JCDH para tomar decisiones de atención médica. Entiendo que debo proporcionar pruebas suficientes para respaldar la enmienda. También entiendo que JCDH no está obligado a aceptar la enmienda solicitada y se me notificará de la decisión. En caso de ser negada, se me proporcionará una razón para la negativa.

Firma del paciente/Tutor legal/Representante del paciente*

Relación con el paciente

Fecha

*Puede que tenga que presentar evidencia de tutorial/representación legal.

Si le niegan la solicitud, usted puede presentar una declaración de desacuerdo escrita a Privacy Officer, Jefferson County Department of Health, 1400 6th Avenue South, Birmingham, AL 35233 o al correo electrónico www.hipaaprivacyofficer@jcdh.org.

Office Use (JCDH staff fax form to (205) 930-1305 or deliver to ROI Division)

Request Received By: _____ (signature) Dept: _____ Date: _____

Request Accepted Request Denied Other (see comments) If denied, reason for denial:

Patient Notification: Method _____ Date _____ (attach communication)

If approved, date record amended: _____ Amended by: _____

Attach documents to support amendment.

Comments: