

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label



**SOLICITUD DEL PACIENTE DE
MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

Patient Request for Amendment of Protected Health Information

Patient Rights-P

HIPAA Privacy Patient Rights



IDN13150017

INSTRUCCIONES: Como paciente, tiene derecho a solicitar que Rush modifique o enmiende su información médica protegida en el expediente médico que guarda Rush. Rush puede aprobar o no la solicitud en determinadas circunstancias.

Información del paciente: proporciónenos la siguiente información acerca del paciente:

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ XXX-XX-_____
Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente _____ Fecha de la solicitud _____ Número de teléfono _____

Representante personal: Si usted es el representante personal del paciente, proporcione la siguiente información acerca de usted a continuación:

(Nota: Si un representante personal está realizando esta solicitud, adjunte la documentación que certifica su estado como representante personal, por ejemplo, los documentos del poder notarial o la custodia legal).

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Firma del representante personal _____ Fecha de la solicitud _____ Relación con el paciente _____

Especifique los registros que desea enmendar y las enmiendas que desea realizar:

____ Resultados de laboratorio ____ Facturación ____ Fecha de servicio

____ Información de tratamiento ____ Otro: (especifique): _____

Indique el motivo de la solicitud de enmienda (Adjunte comentarios adicionales en otra página de ser necesario):

Cuando lo haya completado, devuelva este formulario a:

Rush, ATTN: Privacy Office, 707 South Wood St., Suite 317, Chicago, IL 60612-3833

Teléfono: (312) 942-5303 • Fax: (312) 942-6875