

Patient Name: _____
Date of Birth: _____
Medical Record #: _____

Place Patient Label

 RUSH

**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: proporcionenos 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:

<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Fecha de servicio
<input type="checkbox"/> Información de tratamiento	<input type="checkbox"/> 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