


<p>Patient Name: _____</p> <p>Date of Birth: _____</p> <p>Medical Record#: _____</p> <p>Place Patient Label</p>	<div><p>Rush Copley Medical Center</p><p>PETICIÓN DE MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA</p></div>
---	---

INSTRUCCIONES: Como paciente, tiene el derecho solicitar que cambios o correcciones en la información médica protegida en el expediente que mantiene Rush. Rush puede autorizar o no la petición en ciertas circunstancias.

Información del paciente. Por favor, incluya la siguiente información acerca del paciente:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Calle y número	Ciudad	Estado
Código postal	X X X – X X – Últimos 4 dígitos del SNN	Fecha de nacimiento
Firma del paciente	Fecha de la petición	Nro. de teléfono

Representante personal. Si usted es el representante personal del paciente, incluya su información a continuación:

(Nota: Si un representante personal está haciendo esta petición, por favor, adjunte constancia de su estatus como representante personal, como un poder legal o documentación de tutela legal)

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Firma del representante personal	Fecha de la petición	Parentesco con el paciente

Especifique el expediente que desea corregir y los cambios que desea hacer:

<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Fecha del servicio
<input type="checkbox"/> Información de tratamiento	<input type="checkbox"/> Otro: (por favor, explique): _____	

Indique los motivos para la petición de la corrección (por favor, incluya comentarios adicionales en otra página si es necesario):

Una vez completado, envíe este formulario a:
Rush, ATTN: Privacy Office, 707 South Wood St., Suite 317, Chicago, IL 60612-3833
Telephone: (312) 942-5303 Fax: (312) 942-6875