

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record#: _____

Place Patient Label



Rush Copley Medical Center

PETICIÓN DE MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

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 _____ 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:

Resultados de laboratorio

Facturación

Fecha del servicio

Información de tratamiento

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

INTERPRETER ATTESTATION: Interpretation has been provided by _____ Phone