

Patient Information	Nombre Completo _____	Número de Expediente Médico _____
	Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal _____	
	Fecha de Nacimiento _____	Número de Seguro Social _____ (Últimos cuatro dígitos)
	Fax # _____	
Número de Teléfono (en el día) _____		Número de Teléfono (en la noche/Celular) _____

Request for Amendment	Después de revisar mi expediente médico, solicito una enmienda en dicho expediente médico por el tratamiento que recibí el _____ de 20____. Los motivos de esta solicitud se describen a continuación:
	Razón de la enmienda: _____ _____

Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yo estoy formalmente pidiendo que mi expediente médico sea suplementado con información que aclara en forma de una enmienda a mi expediente médico.</li> <li>Yo entiendo que el proveedor/autor quien puso esta información puede no estar de acuerdo en suplementar mi expediente médico con una enmienda basada en mi pedido.</li> <li>También entiendo que, en ninguna circunstancia, el proveedor/autor puede alterar la documentación original en la historia clínica; esto quiere decir que el autor no puede borrar, eliminar, cubrir o de otra forma cambiar lo que ya está escrito o digitado.</li> <li>Yo entiendo que si mi pedido de enmendar mi expediente es negado, yo puedo presentar una declaración de desacuerdo.</li> </ul>

PHI Amendment	Yo pido que la siguiente enmienda se haga a mi expediente: <input type="checkbox"/> Ver adjunto
	_____ _____ _____

Notification	Si el pedido de hacer la enmienda es aceptado, notificar a los proveedores mencionados de la enmienda (incluya direcciones completas; agregue páginas adicionales si es necesario):
	_____ _____

Signature	_____	_____	_____
	Firma del paciente/guardián/Personal representativo	Relación	Fecha

Response to Request	<b>For SCL Health use only: Response to Request for Amendment</b>		
	<input type="checkbox"/>	In response to your request, an amendment <b>WAS</b> made part of your permanent record as described below:	
	_____	_____	
	<input type="checkbox"/>	In response to your request, an amendment <b>WILL NOT</b> be made part of your permanent record based on the reason(s) indicated below. The documentation:	
	<input type="checkbox"/>	was not created by an SCL Health Entity	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	is not available for inspection by the individual	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			is not part of the Designated Record Set
			is accurate and complete
	Comments: _____		
	Signature _____	Title _____	Date _____



Request For Amendment of Protected Health Information (PHI) (Spanish Translation)

EH-FR-MR-0553-1019-SCLHS

**SCL HEALTH USE ONLY**

- Date form mailed to patient: \_\_\_\_\_
- Date form received from patient: \_\_\_\_\_
- Date copy mailed to patient: \_\_\_\_\_
- Date copy mailed to relevant individuals: \_\_\_\_\_
- Date changes made to medical record: \_\_\_\_\_
- Date all actions completed: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
HIM/Privacy Officer Signature Date