

Salem Health Hospitals and Clinics

Solicitud para enmendar la información protegida en su historial médico

Si un paciente o su representante legal consideran que la información contenida en el historial médico está incompleta o es incorrecta puede solicitar una modificación del mismo completando el formulario que se encuentra a continuación.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>
Teléfono #:	<input type="text"/>	Expediente # (opcional):	<input type="text"/>
Calle:	<input type="text"/>	Ciudad:	<input type="text"/>
		Estado/Código Postal:	<input type="text"/>
Fecha del expediente:	<input type="text"/>	Nombre de la persona que escribió la información en el expediente:	<input type="text"/>

Si es posible, por favor incluya una copia del expediente médico.

EXPLIQUE CÓMO ES QUE LA INFORMACIÓN QUE APARECE EN SU EXPEDIENTE ES INCORRECTA O INCOMPLETA	EXPLIQUE CÓMO DEBE ENMENDARSE LA INFORMACIÓN PARA QUE SEA MÁS PRECISA O COMPLETA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SI LA ENMIENDA ES APROBADA, POR FAVOR ENVÍE COPIAS A

Si usted desea que se envíe una copia del expediente enmendado a su proveedor de servicios de salud, que ha recibido el expediente en el pasado, por favor proporcione el nombre(s) y la dirección(es):

Nombre:	Dirección postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado

Fecha

Devuelva el formulario completo a: Salem Health Privacy Officer
Corporate Integrity Office
P.O. Box 14001
Salem, OR 97309-5014