

**SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN  
MÉDICA PROTEGIDA**

*Por el presente, solicito que mi Información médica protegida sea enmendada según se describe a continuación:*

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial del medio

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección (incluir número de suite o apartamento si corresponde):

---

---

---

Teléfono (número de contacto preferido):

\_\_\_\_\_

*Responda las siguientes preguntas. Puede adjuntar una página adicional si necesita más espacio.*

**¿Qué información desea enmendar?**

---

---

---

---

**¿Cómo piensa que debe enmendarse la información?**

---

---

---

---

**¿Por qué piensa que debe enmendarse la información? Su solicitud puede ser denegada si usted no proporciona un motivo que la respalde.**

---

---

**¿Presenta esta solicitud a raíz de una urgencia u otro tipo de situación de emergencia? En ese caso, describa la naturaleza de la urgencia o emergencia a continuación y la fecha en la que necesita la información enmendada. AdvantageCare Physicians no puede garantizarle que cumplirá con el plazo, pero hará todo lo posible para conceder solicitudes razonables.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**¿A qué entidades AdvantageCare debe proporcionar información sobre esta solicitud de enmienda en caso de ser aceptada?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**¿A qué entidades AdvantageCare debe proporcionar información sobre esta solicitud de enmienda en caso de ser denegada?**

Al firmar a continuación, solicito que AdvantageCare enmiende mi información médica como lo explico anteriormente y proporcione a las entidades identificadas más arriba información relacionada con la enmienda solicitada y con la decisión de aceptarla o denegarla.

Firma del paciente o del representante personal

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante personal

\_\_\_\_\_

Descripción de autoridad del representante personal

\_\_\_\_\_

**ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETO**

**A:**

**AdvantageCare Physicians  
Privacy Officer**

55 Water Street, 12<sup>th</sup> Floor

Rm 12H92

New York, NY 10041

**Para uso de AdvantageCare solamente:**

Fecha de recepción:

(DD/MM/AA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Resolución de la solicitud: \_\_\_\_ OTORGADA

\_\_\_\_ DENEGADA

PARCIALMENTE

DENEGADA

Notificación por escrito al paciente:

(DD/MM/AA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del miembro del personal de HIM que procesó esta solicitud:

\_\_\_\_\_