

申请修改受保护健康信息

我在此要求对我的受保护健康信息进行如下修改：

患者姓名（正楷）： _____
 姓 名 中间名

出生日期： ____/____/____

地址（包括套房/公寓号，如有）：

电话号码（首选联系号码）：

请回答下列问题。如需更多空间，可另附页。

您想修改哪些信息？

您认为应该如何修改此类信息？

您为什么认为应该修改此类信息？ 如果您没有提供支持您进行申请的理由，您的申请可能会遭到拒绝。

是否因突发事件或其他紧急状况而提出此申请？如是，请在下方说明突发事件或紧急情况的性质以及您需要修改信息的日期。卓护医疗中心无法保证能赶上您的最后期限，但会尽最大努力满足合理的要求。

如果接受申请，卓护医疗中心应该向哪些实体提供有关申请修改的信息？

如果拒绝申请，卓护医疗中心应该向哪些实体提供有关申请修改的信息？

通过在下方签字，我申请卓护医疗中心按上述说明修改我的健康信息，并向上述实体提供要求修改的信息以及是否接受或拒绝申请。

患者或私人代表签名

日期

私人代表的正楷姓名

私人代表的权限说明

请将填好的表格寄给：

卓护医疗中心

隐私官

55 Water Street, 12th Floor

Rm 12H92

New York, NY 10041

仅供卓护医疗中心使用：

收件日期：（年/月/日） _____/_____/_____

对申请的处理： _____ 批准 _____ 拒绝 _____ 部分拒绝

以书面形式通知患者：（年/月/日） _____/_____/_____

处理此申请的健康信息管理部的工作人员姓名：
