

HIPAA – FORM C
PEDIATRIC ASSOCIATES

SOLICITUD DE CORRECCIÓN/ ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Cuenta / Record #: _____

Calle

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono

Tipo de entrada de datos a ser enmendada _____:

- Nota de visita*
- Nota de MA*
- Nota de hospital*
- Información de prescripción*
- Historia del Paciente*

Por favor explique como no es acertada o no es completa la entrada de datos.

Por favor explique que debe de decir la entrada de datos para ser mas acertada y completa .

Firma de Paciente o tutor legal

Fecha

FOR INTERNAL PURPOSES ONLY (Solo para uso interno):

Date Request Received: _____

Date Compliance Officer Received this Request: _____

Compliance Officer Signature: _____

La Enmienda ha sido/
Amendment has been:

Aceptada/Accepted

Negada/Denied

Parcialmente negada/Denied in part
Parcialmente aceptada/Accepted in part

If denied (in whole or in part)*, check reason for denial:

PHI was not created by this organization (PHI no fue creada por esta organización)

PHI is not available to the patient for inspection in accordance with the law (PHI no esta disponible para inspección del paciente de acuerdo a la ley)

PHI is not a part of patient's designated record set (PHI no es parte de record designado del paciente)

PHI is accurate and complete (PHI no es acertada y completa)

HIPAA – FORM C
PEDIATRIC ASSOCIATES

Comentarios para el proveedor de salud que proveyó servicios:

Nombre del empleado que completa la forma:

Título:

Firma del proveedor de salud que proveyó servicio

Fecha

*Si su solicitud ha sido negada, por completo o parcialmente, usted tiene derecho a someter una declaración escrita en desacuerdo con la práctica, *Attn: Chester Slonaker, MD, CHCO, Compliance Department, Pediatric Associates, 900 S. Pine Island Road, Suite 900, Plantation, FL 33324*. Si no provee su declaración de desacuerdo, usted puede solicitar que le proveamos su solicitud original para enmienda y nuestra negación junto a cualquier divulgación futura de información médica protegida que sea relacionada a la enmienda solicitada. Además, usted puede someter una queja a nuestro oficial de cumplimiento, Chester Slonaker, MD, CHCO a la dirección revelada mas arriba o a la Secretaría de Estado de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

***Practice must inform patient that a written request is required, and that the patient is required to provide a reason to support the requested change.**

(La práctica debe informar al paciente que una solicitud escrita es requerida y que se necesita que el paciente provea una razón que soporte la petición de cambio)