



Neighborhood Outreach Access to Health

# SOLICITUD DE ENMIENDA A LA INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO

**Atención: Health Information Management Release of Information**  
7500 Dreamy Draw, Ste-145  
Phoenix, AZ 85020

**Teléfono:** 480-882-4545  
**Fax:** 480-882-4594  
**Correo electrónico:** noah.him@honorhealth.com

## INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL/LOS REPORTE(S) QUE DESEA CAMBIAR: \_\_\_\_\_

FECHA DEL/LOS SERVICIO(S) CUANDO SE CREÓ EL REPORTE: \_\_\_\_\_

DESCRIBA QUÉ PARTE(S) DEL REPORTE DEBE(N) CAMBIARSE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ DEBE DECIR EL INFORME PARA SER MÁS PRECISO O COMPLETO? Y ¿POR QUÉ?:**  
*(Proporcione suficiente información para respaldar su solicitud de enmienda, es decir, relatos de testigos presenciales que respalden su solicitud, expedientes médicos adicionales de sus doctores, etc.)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si se concede su solicitud de enmienda, ¿desea que esta información se envíe a alguien a quien ya se le haya divulgado la información anteriormente? De ser así, especifique el/los nombre(s) y la/las dirección(es) a continuación.  
**Adjunte una lista que indique los nombres y direcciones adicionales.**

Nombre de la persona o entidad	Dirección	Fecha de divulgación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Entiendo que puedo recibir una copia de este formulario y que mi solicitud será procesada en los próximos 60 días. Entiendo que se me informará si se necesita una extensión de no más de 30 días adicionales para procesar esta solicitud.

Entiendo que esta solicitud de enmienda puede ser denegada. De ser así, tengo derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito; o si no presento una declaración de desacuerdo por escrito, entiendo que puedo solicitar que mi solicitud de enmienda y la denegación se divulguen con cualquier divulgación futura de la información que es objeto de la enmienda. Mi declaración de desacuerdo o solicitud de esta divulgación debe hacerse por escrito a NOAH's Health Information Management Department (Departamento de Gestión de Información sobre Salud de NOAH).

Entiendo que puedo presentar una queja con respecto a mi solicitud de enmienda dentro de los 180 días posteriores a la presentación de la presente a la persona que se indica anteriormente. También puedo enviar una queja por escrito a U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights (Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal/ representante del paciente  
*(De ser necesario, adjunte la evidencia)*

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente y su autoridad  
para fungir en representación del paciente