

Solicitud de modificación de expediente médico
Request for Amendment to Medical Record

ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, TENGA EN CUENTA: Modificar el expediente médico no significa que se alterará o eliminará el registro original; es posible que se haga un registro por separado para corregir o aclarar el registro original.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre APELLIDO APELLIDO DE SOLTERA U OTRO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO _____
MM/DD/AAAA

DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

TELÉFONO PREFERIDO: _____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

PARA ACELERARLO, ADJUNTE UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE MÉDICO QUE PIDE QUE SE MODIFIQUE

Fechas de servicio: _____

Clínico de registro: _____

Nombre del hospital/clínica/consultorio médico: _____

Describa lo que cree que está incorrecto en el registro: _____

Dé más información en la página 2

¿Cómo se enteró de este error? Durante una consulta Revisando una copia de mi expediente médico Portal del paciente MyChart
 Otro: _____

Si se concede, ¿le gustaría que notifiquemos a las personas/organizaciones que recibieron esta información antes? En caso afirmativo, especifique los nombres y las direcciones abajo. Si necesita más espacio, adjunte un formulario con los demás nombres y direcciones.

Nombre de la persona o entidad	Dirección

Entiendo que recibiré respuesta de mi solicitud en el plazo de 60 días, o me informarán por escrito de la necesidad de una extensión de no más de 30 días para procesar la solicitud. Entiendo que esta solicitud de modificación la revisarán los clínicos responsables y podrían denegarla según las reglas aplicables. Si la deniegan, me informarán por escrito y tendré derecho a presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la denegación. Además, entiendo que tengo derecho a presentar una queja ante el director de Privacidad de Yale New Haven Health o Yale Medicine o presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. relacionada con mi solicitud de modificación. Si la deniegan, la documentación se convertirá en parte de mi expediente médico legal y se revelará con cualquier declaración futura.

Firma del paciente o del representante autorizado** _____ Fecha _____

Si no es paciente, indique la relación: _____

**Debe entregar prueba de autoridad legal (excepto los padres de un menor)

Complete y envíe este formulario a: **Correo electrónico: AmendmentRequest@ynhh.org o**
Correo postal: Yale New Haven Health, HIM Documentation Integrity, PO Box 9565, New Haven, CT 06535

RESPUESTA DEL PROVEEDOR

Fecha: _____

La solicitud de modificación fue: Aceptada Denegada Si la denegaron, motivo de la denegación (marque uno):

- La información se considera precisa y completa
- La información no fue creada por nuestras organizaciones
- La información no está disponible para que el paciente acceda por ley federal
- La información no forma parte del conjunto de expedientes designados



Request for Amendment to Medical Record (Solicitud de modificación de expediente médico)

POR FAVOR REVISE LA EXACTITUD DE LA DOCUMENTACIÓN

Fecha del servicio	Centro del proveedor	Nombre del proveedor	Registro incorrecto	Registro sugerido

Servicios de interpretación (si es necesario): un intérprete facilitó la comunicación entre los proveedores de atención médica y el paciente o representante autorizado del paciente en _____ (idioma) para ayudar a obtener el consentimiento informado o compartir/reconocer la información.

El intérprete transmitió el contenido de la información original expresada por y para ambas partes.

Hora: _____ a. m./p. m. Fecha: _____

Marque aquí si respondió: Por teléfono Por video Presencial Al personal aprobado del Programa de Competencias Bilingües

Número de identificación (solo si fue por teléfono/video): _____

Nombre del intérprete en letra de molde

Firma del intérprete (solo si fue de manera presencial)