



La Oficina de Privacidad de ChristianaCare (*ChristianaCare Privacy Office*)
 P.O. Box 6001
 Newark, DE 19714
 Telephone No.: (302) 623-4468 Fax No.: (302) 428-2475



RAUTH

**SOLICITUD PARA MODIFICACIÓN
 (REQUEST FOR AMENDMENT)**

Instrucciones:

Para ser completado cuando un paciente o su representante legal identifique un error u omisión en el historial médico de ChristianaCare.

Side 1 of 2

Nombre del paciente (en letra de molde): _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Correo electrónico: _____ **No. de Fax:** (_____) _____ - _____

Solicito que se haga una corrección al siguiente documento o documentos de mi historial médico:

Fecha(s) de la visita	Nombre del documento o tipo de documentación o información, si se sabe	Sitio del servicio (e.g. Hospital de Christiana, Departamento de emergencias, Departamento de emergencias del Hospital de Union, etc.)
/ /		
/ /		

Explique cómo la entrada del historial médico es incorrecta o no completa. Adjuntar cualquier documento que apoye su explicación.

Identifique a todos los proveedores de atención médica que hayan recibido documentación o información en el pasado y que se debe notificar de la corrección que solicitó. Favor de incluir a continuación el nombre del proveedor, de su organización (si corresponde), así como su dirección y número de teléfono:

Nombre	Dirección y Número de teléfono
_____	_____
_____	_____

 Firma del paciente (*Signature of Patient*) (_____) _____ - _____ ____ / ____ / ____ **or**
 No. de teléfono (*Phone #*) Fecha (*Date*)

 Firma del representante legal (*Signature of Legal Representative*) Escriba su nombre en letra de molde (*Print Name*) (_____) _____ - _____ ____ / ____ / ____
 No. de teléfono (*Phone #*) Fecha (*Date*)

Relación con el paciente (*Relationship to Patient*)



ChristianaCare®

La Oficina de Privacidad de ChristianaCare (*ChristianaCare Privacy Office*)
P.O. Box 6001
Newark, DE 19714
Telephone No.: (302) 623-4468 Fax No.: (302) 428-2475

REQUEST FOR AMENDMENT (SOLICITUD PARA MODIFICACIÓN)

Instruction:

(Instrucciones:)

Privacy Department Use Only.

(Sólo para uso del Departamento de Privacidad.)

Side 2 of 2

PRIVACY OFFICE

Date request received: ____ / ____ / ____

If applicable, extension requested on: ____ / ____ / ____

Approved Denied

If denied, check reason for denial:

- The information was not created by ChristianaCare.
- The information is not part of the individual's designated record set.
- The information is accurate and complete.
- Per Federal or State Law, the information is not available for inspection by the patient.
- The requesting patient/legal representative is not authorized to request the amendment.
- Other: _____

Patient/Legal Representative notified on: ____ / ____ / ____

Notification sent by: Email Mail In person Fax

Comments: _____

