



## SOLICITUD DE ENMIENDA

Propósito: Este formulario es para documentar la solicitud de enmienda a la información que nosotros o nuestros socios de negocio mantienen.

### **SECCIÓN A: Información sobre el solicitante:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Número de récord médico: \_\_\_\_\_

### **AL SOLICITANTE: Lea la solicitud y complete la información**

Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información. Podemos rechazar su solicitud en ciertas circunstancias; por ejemplo, si la información no aparece en nuestros registros, si no originamos la información, si entendemos que la información está completa y es correcta, o no estará disponible bajo el derecho de acceso dispuesto en 45 CFR §164.524. Someta los documentos de apoyo que sustentan su solicitud.

### **SECCIÓN B: Información que se interesa enmendar:**

Especifique la información que interesa se enmiende y la enmienda que debe tener: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique la razón para la solicitud de enmienda: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De ser aceptada su solicitud, indique el nombre y la dirección de cada persona a la que usted interesa que le notifiquemos la enmienda a su información.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **FIRMA DEL SOLICITANTE – Usted tiene derecho a recibir copia de esta solicitud**

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta solicitud se presenta a nombre del asegurado, complete la siguiente información:

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO – Por favor explicar el porqué de su respuesta.**

Usted como proveedor del paciente correspondiente en esta solicitud, conteste con una X si está de acuerdo con la enmienda solicitada.

SÍ  NO

Si su respuesta es no, por favor explique la razón de su respuesta

---

---

---

---

---

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_