

SOLICITUD PARA ENMENDAR INFORMACIÓN DE SALUD PRIVILEGIADA

Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Archivo Médico: _____

Por favor díganos cuál información de salud privilegiada quiere cambiar:

Por favor díganos por qué la quiere cambiar. Una razón es necesaria.

AVISO: No podemos eliminar o destruir ninguna información ya incluida en su archivo médico. Solamente podemos añadir declaraciones de clarificación o correctivas.

Tenemos que decirle a más tardar en 60 días si cambiaremos su archivo médico como usted solicitó, o informarle que necesitamos más tiempo (hasta 30 días extra) para decidir.

Díganos a donde mandarle correspondencia: _____

Proporcione el número telefónico al cual podamos llamarle: _____

Si decidimos cambiar su información de salud como usted lo solicitó, le mandaremos el cambio a cualquier persona que haya recibido la información antes del cambio. Díganos si hay personas que necesiten la información cambiada:

_____ No Iniciales: _____ Sí Iniciales: _____

Por favor dé una lista de los nombres y domicilios de las personas: _____

También mandaremos la enmienda a otras personas que sabemos recibieron la información antes del cambio si han dependido, o podrían depender en el futuro, en información a su detrimento (daño). ¿Está de acuerdo con esto?

_____ No Iniciales: _____ Sí Iniciales: _____

(AL REVERSO)

No tenemos que cambiar su información de salud privilegiada si:

1. Nosotros no creamos la información, a menos que la persona quien creo la información no esté disponible para actuar sobre su solicitud para cambiarla (por ejemplo, el doctor que originalmente creo la información ha fallecido). Si esta excepción es aplicable, por favor explique:

2. La información es correcta y completa.

3. La información que usted quiere cambiar no es información a la cual usted tenga el derecho legal a acceder o cambiar.

4. La información que usted quiere cambiar no es parte del conjunto designado como archivo que incluye su archivo médico, registros de facturas y otros archivos que contienen su información de salud privilegiada los cuales son usados por nosotros para tomar decisiones sobre usted.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(Cliente/representante legal)

Si firmado por otra persona que no sea el cliente, indique relación: _____

Escriba Nombre: _____
(Representante legal)

ENTREGUE forma a la facilidad de Kings View donde recibe(ió) servicios.

Para más información sobre sus derechos de privacidad-

- Vea el Aviso de Prácticas de Privacidad disponible en nuestra página de web en www.kingsview.org O
- Obtenga una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en la facilidad donde recibe (ió) servicios.

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja. *No se le penalizará por presentar una queja.*

Para presentar una queja con el Dpto. de Kings View, llame o escriba al Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito a:

Kings View
Atención: Oficial de Privacidad
7170 N. Financial Drive, Suite 110
Fresno, CA 93720
Teléfono: (559) 256-1080

Usted también puede presentar su queja con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S.

U.S. Department of Health and Human Services:
Office of Civil Rights
90 7th Street, Suite 4 – 100
San Francisco, CA 94103
Teléfono (800) 368-1019
TDD (800) 537-7697