



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

La ley federal permite a los clientes solicitar una modificación de su expediente médico si consideran que contiene información incorrecta o incompleta. Usted tiene derecho a solicitar que se agregue información a su expediente médico. A continuación, se describe el proceso de modificación seguido por View Point Health (VPH).

Proceso de Solicitud de Modificación en View Point Health (VPH):

1. Envíe su solicitud de modificación por escrito utilizando este formulario. Sea lo más específico posible al identificar la información que desea modificar.
2. Devuelva el formulario completo al Departamento de Registros Médicos utilizando uno de los métodos de envío que se indican a continuación.
3. Su solicitud será revisada por su equipo clínico.
4. Usted recibirá una respuesta por escrito dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de su solicitud. Si se necesita más tiempo, VPH podrá extender el período de respuesta por hasta treinta (30) días adicionales. Usted será notificado por escrito sobre cualquier extensión.

Si su solicitud es aprobada, View Point Health (VPH) le notificará por escrito. La información modificada se incluirá en futuras divulgaciones. VPH también notificará a cualquier individuo o entidad relevante, tales como proveedores de atención médica, asociados comerciales, oficiales de libertad condicional, abogados, administradores de casos u otras personas que hayan recibido la información original y puedan necesitar la enmienda.

Su solicitud puede ser denegada por las siguientes razones:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La información es precisa y complete | <input type="checkbox"/> No forma parte del expediente clínico |
| <input type="checkbox"/> No fue creada por VPH. | <input type="checkbox"/> No está disponible para revisión legal |

Si su solicitud es denegada, View Point Health (VPH) le notificará por escrito. Los detalles de su solicitud de modificación y la denegación se incluirán en cualquier divulgación futura. Si usted no está de acuerdo con la denegación:

- Puede presentar una declaración de desacuerdo de una página. Esta declaración no puede exceder las 500 palabras y se incluirá en futuras divulgaciones. Usted tiene 30 días para presentar dicha declaración.
- Puede presentar una queja ante la Oficial de Privacidad de VPH, Falesha Robinson, por escrito a P.O. Box 687, Lawrenceville, GA 30046, o por correo electrónico a Falesha.Robinson@vphealth.org.
- También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos – Oficina de Derechos Civiles, llamando al (800) 368-1019 o en línea en www.hhs.gov/ocr.

Envíe este formulario por correo, fax, email o en persona a:

View Point Health
ATTN: Medical Records Department
P.O. BOX 687
Lawrenceville, GA 30046

Email: medicalrecords@vphealth.org
Fax: (678) 212-6339



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRE DE CLIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:

Solicito realizar una modificación/corrección a la documentación elaborada por:

PROVEEDOR:	FECHA
DOCUMENTO O SECCIÓN A MODIFICAR:	
LA ENTRADA MODIFICADA DEBERÍA INDICAR LO SIGUIENTE:	
EXPLICACIÓN DE LOS CAMBIOS SOLICITADOS <i>(puede adjuntar una página adicional si es necesario):</i>	

Entiendo que recibiré una respuesta a mi solicitud en un plazo de 60 días, o que seré notificado por escrito si se requiere una extensión adicional no mayor de 30 días. Entiendo que esta solicitud será revisada por el(los) clínico(s) responsable(s) y puede ser denegada conforme a las normas aplicables. Si es denegada, se me informará por escrito y tendré el derecho de presentar una declaración escrita en desacuerdo con la denegación. Además, entiendo que tengo derecho a presentar una queja ante la Oficial de Privacidad de View Point Health o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en relación con mi solicitud de modificación. Si es denegada, esta documentación pasará a formar parte de mi expediente legal de salud y se divulgará junto con cualquier divulgación futura.

Firma del Cliente o Representante Autorizado

Fecha

Si un representante autorizado firma esta solicitud en nombre del cliente, complete lo siguiente:

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:	RELACIÓN:
---------------------------	-----------

***Incluya prueba de autorización legal si actúa como representante.**

FOR INTERNAL USE ONLY	Amendment has been:	Accepted _____	Denied _____
If denied, the reason for denial:	<input type="checkbox"/> The PHI was not created by View Point Health (VPH). <input type="checkbox"/> The PHI is not part of the client's designated record set. <input type="checkbox"/> The PHI is not available for client inspection as permitted by federal law. <input type="checkbox"/> The PHI is accurate and complete.		
Comments:	_____		
Signature of Staff:	_____	Date:	_____
Print Name:	_____	Title:	_____