



Affix Patient Label

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE BRONSON HEALTHCARE

Form fields for patient name, address, phone, and birth date.

Por este medio solicito que Bronson modifique [marque todas las casillas que correspondan]:

- Checkboxes for: Mi historial médico, Mis archivos de facturación, Mis archivos de inscripción, pagos, adjudicación de reclamos, coordinación de casos o coordinación médica, Los archivos utilizados por Bronson o para que Bronson tome decisiones sobre mí.

Comprendo que si Bronson rechaza mi solicitud, se me informará por escrito el motivo y lo que debo hacer si no estoy de acuerdo.

Comprendo además que Bronson me notificará sobre su decisión de aceptar o rechazar mi solicitud dentro de los 60 (sesenta) días posteriores a la recepción de esta solicitud.

- 1. Describa la información que desea modificar (por ejemplo, procedimientos, notas de enfermería o del médico, resultados de exámenes)
2. Fecha(s) de la información a modificar (por ejemplo, fecha de la visita al consultorio, tratamiento u otros servicios médicos)

Affix Patient Label

3. ¿Para qué motivo hace esta solicitud? _____

4. ¿De qué forma está incorrecta, incompleta o desactualizada la información?

5. ¿Qué debería decir la información para ser más precisa o completa? (Sea tan específico como sea posible)

6. ¿Conoce a alguien que haya recibido o confiado en la información en cuestión (como por ejemplo, su médico, farmacéutico, plan médico u otro proveedor de atención médica)?
_____sí _____no

Si respondió que sí, especifique los nombres y direcciones de las organizaciones o personas.

Firma del paciente o representante personal del paciente _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

La modificación ha sido: _____ Aceptada _____ Rechazada

Si ha sido rechazada, marque el motivo:

- _____ La información médica protegida no fue creada por la compañía
_____ La información médica protegida no forma parte del conjunto de archivos designados del paciente
_____ El paciente no tiene acceso a la información médica protegida de acuerdo con la política de la compañía sobre el derecho del paciente a acceder a su información médica protegida
_____ La información médica protegida es precisa y está completa

Comentarios _____

Firma del funcionario de privacidad o persona designada _____ Fecha _____