

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN
DE SALUD CONFIDENCIAL**

Por la presente solicito que mi información médica protegida se modifique como se describe a continuación:

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Dirección (incluir número de suite/depto., si corresponde):

Número de teléfono (número de contacto de preferencia):

Responde las siguientes preguntas: Puedes adjuntar hojas separadas si necesitas más espacio.

¿Qué información te gustaría modificar?

¿Cómo crees que la información debería ser modificada?

¿Por qué crees que la información debería ser modificada? Es posible que tu solicitud sea denegada si no proporcionas un motivo como respaldo a tu solicitud.

¿La solicitud se hace por una emergencia u otra situación urgente? Si es así, describe la naturaleza de la emergencia o urgencia más abajo, e incluye la fecha en que necesitas que se modifique la información. AdvantageCare Physicians no puede garantizar que cumplirá con la fecha límite, pero hará todo lo posible para atender las solicitudes razonables.

¿A qué entidades debe AdvantageCare proporcionar información sobre esta modificación solicitada si es aceptada?

¿A qué entidades debe AdvantageCare proporcionar información sobre esta modificación solicitada si es denegada?

Con mi firma más abajo, solicito que AdvantageCare modifique mi información médica como expliqué anteriormente y proporcione a las entidades identificadas anteriormente información sobre la modificación solicitada y si fue aceptada o denegada.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre en letra imprenta del representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal

**ENVIAR FORMULARIO
COMPLETO A:
AdvantageCare
Physicians Privacy Officer
55 Water Street, 12th Floor
Rm 12H92
New York, NY 10041**

Para uso de AdvantageCare únicamente:

Fecha de recepción: (MM/DD/AA) ____/____/____

Resolución de la solicitud: ____ CONCEDIDA ____ DENEGADA
____ PARCIALMENTE DENEGADA

Se notificó por escrito al paciente el: (MM/DD/AA) ____/____/____

Nombre del miembro del personal de la Administración de Información de Salud que procesa esta solicitud:
