



Con el fin de comenzar el proceso de corrección o enmienda, favor de llenar el

**Instrucciones para solicitar una corrección o enmienda a la  
Información médica protegida**

formulario de solicitud adjunto. Si lo llena en el sitio, entréguelo a la persona designada; si lo llena en casa, favor de enviarlo por correo a:

**Martin Health System  
Health Information Management  
PO Box 9010  
Stuart, FL 34995**

Una vez que se reciba la solicitud llena, usted recibirá un aviso por escrito de los resultados, dentro de sesenta (60) días. Si no se puede tomar una determinación en sesenta (60) días, se enviará una actualización del estado y un acuerdo, por escrito, de tomar una determinación dentro de los siguientes treinta (30) días.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse al Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management), al (772) 223-5945 extensión 13070.

**Solicitud de corrección o enmienda a la Información médica protegida**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Últimos 4 números del N.º de SS: \_\_\_\_\_  
 Dirección del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha(s) del servicio que se deba(n) corregir: \_\_\_\_\_

1. Describa la información que desea corregir:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
2. Explique de qué forma es incorrecta o está incompleta esta información. Incluya la información que usted considera que debiera incorporarse con el fin de que el registro sea más exacto o completo.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. ¿Desea que esta enmienda se envíe a alguien a quien se le haya divulgado la información anteriormente? De ser así, favor de especificar el nombre y dirección de la organización o el individuo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Entiendo que el médico puede o no complementar la historia clínica con una enmienda basado en mi solicitud y entiendo que bajo **NINGUNA** circunstancia puede alterar la documentación original de la historia clínica. En cualquier caso, esta solicitud de enmienda pasará a formar parte de mi historia clínica permanente y se enviará como parte de la historia clínica en respuesta a cualquier solicitud autorizada de mi información médica.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA (del paciente o representante legal)                      (Parentesco o relación)                      FECHA

**Respuesta sobre enmienda o corrección**

- Una corrección o enmienda formará parte de su historia clínica.
- Una corrección o enmienda parcial formará parte de su historia clínica.
- Su solicitud ha pasado a formar parte de su expediente médico permanente; SIN EMBARGO, su solicitud ha sido rechazada por el (los) siguiente(s) motivo(s):
  - La información médica en cuestión no fue generada por MHS
  - La información médica no forma parte de la historia clínica en MHS
  - La información médica es exacta y está completa
  - La información médica no es accesible para el paciente (p. Ej., registros escritos de psicoterapia, información recopilada con anticipación a un litigio, información prohibida por ley según la Ley de Mejoramiento de Laboratorios Clínicos.)
  - Otro: \_\_\_\_\_

Firma del profesional de atención médica: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

(Nombre y cargo con letra de imprenta)  
 \_\_\_\_\_

