




Children's Mercy
Pedido para Modificar
la Información de Salud
 8071-178S MR 04/17 (Translated 5/17)

_____ / / _____
 Nombre completo del paciente y nombre que haya usado antes Fecha de nacimiento MRN (internal use only)

 Dirección del paciente Ciudad Estado Código postal

Información que requiere modificación: Si ha pedido que se realice más de una modificación, complete un formulario para cada petición.

Fecha de la información que desea modificar: _____

Tipo o título de la información que desea modificar: _____

Por favor explique por qué la información es incorrecta o incompleta. ¿Qué le gustaría que dijera la información para que sea más correcta?

Información Adicional: ¿Le gustaría que enviemos esta modificación a alguna persona de quién hayamos recibido esta información en el pasado?

Nombre y/u organización: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Dirección Ciudad Estado Código postal

Reconozco que el proveedor de salud podría o no complementar el expediente médico con una modificación basada en mi pedido. Entiendo que este formulario y cualquier información posterior relacionada a este pedido se incluirán como parte del expediente médico permanente.

_____ () - _____
 Nombre impreso del paciente, padre o tutor legal Relación con el paciente Número de teléfono

_____ / / _____
 Firma del paciente, padre o tutor legal Fecha

CMH Staff Use Only (Solo para personal de CMH)

Date Request Received: _____

- Amendment has been:
- Accepted
 - Denied for the following reason (check one):
 - The Protected Health Information was not created by Children's Mercy Hospital.
 - The Protected Health Information is not part of the patient's "designated record set".
 - The Protected Health Information or record is not available to the patient for inspection as required by federal law.
 - The Protected Health Information is accurate and complete.

Health Care Provider Comments (if any):

_____ / / _____
 Signature of Health Care Provider Printed Name/Title Date