

Keystone Health Center

HIM Department
111 Chambers Hill Drive, Suite 200
Chambersburg, PA 17201
Phone (717) 709-7960 Fax (717) 217-1937
Email: khc-him@keystonehealth.org

Formulario de solicitud de enmienda de un expediente médico/dental

Nombre paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____

Fecha servicio _____ Proveedor/a: _____

Tiene derecho a solicitar que Keystone Health Center modifique o corrija la información médica / dental contenida en su expediente designado si cree que la información es incompleta o inexacta. Keystone Health Center responderá a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la solicitud. Tenga en cuenta: al solicitar una enmienda a su expediente médico / dental, usted comprende que el proveedor/la proveedora de Keystone puede o no complementar su expediente con un anexo basado en su solicitud. Usted comprende que su proveedor/a de Keystone no puede alterar la documentación original en su expediente. Usted comprende que su solicitud de enmienda se convertirá en una parte permanente de su expediente médico / dental y se enviará con cualquier solicitud de información autorizada en el futuro.

Usted comprende que, si su solicitud es denegada, tiene la oportunidad de proporcionar una declaración de desacuerdo al Director / Administrador del sitio. Si se presenta una declaración de desacuerdo, usted comprende que la denegación y la declaración de desacuerdo con respecto a la denegación formarán parte de su expediente médico / dental. Además, comprende que puede presentar quejas adicionales al Director / Administrador del sitio o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Describa la información que quiere que se enmiende:

Fecha(s) de la información que quiere que se enmiende: _____

Razón para solicitar la enmienda: _____

¿Qué quiere que diga la información enmendada? _____

¿Conoce a alguien a quien posiblemente le hubiéramos divulgado esta información en el pasado? Si es así, proporcione el nombre/los nombres y dirección(es): _____

Firma paciente

Fecha

Firma Guardián [Tutor] Legal o Representante Legal del/de la paciente

Fecha

Describa la relación con el/la paciente si no es usted misma/a: _____

This Section for Internal Use Only

Date request received: _____ Deadline to grant/deny request: _____

Originator of records indicated by this request notified: By: _____ Date: _____
Staff Signature

Extension Requested: No YES If yes, reason: _____

Extension deadline date: _____

Amendment to records: Granted Denied By: _____ Date: _____

Reason for Denial: ___ Record is accurate and complete
 ___ Record was created by another provider
 ___ Record is Privileged and unavailable for inspection
 ___ Record is not part of the "designated record set"
 ___ Other _____

Amendment to: Paper Electronic Both

Letter mailed to patient: Date: _____

Records appended or linked to the amendment: By: _____ Date: _____
Staff Signature

Other entities notified of amendment:

_____ Date: _____

_____ Date: _____

_____ Date: _____

If denied, was statement of disagreement received? No Yes Date: _____

KHC rebuttal prepared: No Yes Date mailed: _____

Site Director/Manager: _____ Date: _____

Physician Signature: _____ Date: _____