



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS DE
PUERTO RICO

P.O. BOX 2129
SAN JUAN, PUERTO RICO 00922-2129
(787) 777-2712

Solicitud de Enmienda y/o Corrección de Información de Salud Protegida

Nombre del Paciente	Numero de Record
Dirección del Paciente	Fecha de Nacimiento

Fecha de la información que desea enmendar: _____

Explique las razones por la cual usted entiende que la información registrada en su expediente de salud es incorrecta o está incompleta. Favor incluir la información necesaria para que el expediente esté correcto o completo.

Si usted desea que esta enmienda, de ser aceptada, sea notificada a quienes nuestra entidad haya divulgado la información anteriormente, indique el nombre y dirección de la persona u organización.

Firma del Paciente o Representante Legal (debidamente identificado)	Fecha
---	-------

Para Uso Exclusivo de la Entidad de Salud

¿Solicitud Aceptada?: SI NO

Fecha de la Solicitud: _____

FECHA: _____

TOTAL DIAS: _____

Si la enmienda es denegada, marque la razón para la denegatoria:

- La información de salud protegida (PHI) no fue creada por nuestra organización.
- La información de salud protegida (PHI) no está disponible para que el paciente la inspeccione, según se requiere por ley (e.g., notas de psicoterapia).
- La información de salud protegida (PHI) no es parte del grupo de record designado..
- La información de salud protegida es correcta y está completa.

Comentarios Adicionales del Profesional de Salud

Nombre del Profesional de la Salud
Firma del Profesional de la Salud

Título
Fecha