



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL REGISTRO DE SALUD

Tal como se indica en la *Notificación de prácticas de privacidad*, los pacientes tienen derecho a solicitar una corrección de su registro médico. Si se aprueba, incluirá una adición para aclarar o corregir información. Neighborhood Health Center (NHC) tiene derecho a denegar su solicitud. NHC responderá a las solicitudes dentro de los 60 días posteriores a la recepción de dichas solicitudes.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección:

Calle o PO Box

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de casa: _____ **Tel. del trabajo/Celular:** _____

CONTENIDO A MODIFICAR

Fecha de modificación: _____

Información a modificar:

Corrección:

MOTIVO DE SU SOLICITUD. *Por favor, explique cómo información es incorrecta o incompleta. ¿Qué debe decir la información para que sea más precisa o completa? Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio para escribir su respuesta.*

COMPARTIR ESTA INFORMACIÓN CON OTRAS PERSONAS. <i>¿Le gustaría que esta modificación se envíe a cualquier otra persona que haya recibido la información en el pasado? Si es así, indique la información de contacto a continuación.</i>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<i>Nombre</i>	<i>Organización / Dirección</i>	<i>Teléfono</i>
1.			
2.			
3.			

FIRMA DE LA PERSONA QUE PREPARA ESTE FORMULARIO

<i>Firma del solicitante</i>	<i>Relación con el paciente</i>	<i>Fecha</i>
------------------------------	---------------------------------	--------------

Envíe su solicitud por correo en el sobre con estampilla pagada adjunto o envíela a:

Neighborhood Health Center
ATTN: Compliance and Risk Management
7320 SW Hunziker Rd, STE 300
Portland, OR 97223

Si denegamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo y el motivo de su desacuerdo. Si cree que no hemos seguido nuestra *Notificación de prácticas de privacidad* (NOPP, por sus siglas en inglés) o las leyes estatales o federales, puede comunicarse con el equipo de administración de riesgos al 503-941-3087 o por correo electrónico a risk@nhcoregon.org. Alternativamente, puede presentar una querrela ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. dentro de los 180 días del incumplimiento conocido de las leyes NOPP. Su querrela al secretario debe presentarse por correo o electrónicamente.

Gerente Regional de la Región X
Office of Civil Rights
US Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831

Tel. de voz 800-368-1019
FAX 206-615-2297
TDD 800-537-7679
Electrónicamente: ocrmail@hhs.gov