

HARRIS HEALTH SYSTEM
SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

Nombre del paciente: _____

Expediente médico N°: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Descripción de la información a enmendar:

Fechas de la información a enmendar (fecha de visita a la clínica, fecha de la visita a la sala de emergencias, etc.)

¿Cuál es el motivo para solicitar las enmiendas?

¿Qué deben indicar los registros y cuáles son las enmiendas solicitadas?

Firma del paciente o representante personal

Fecha

La siguiente sección es para uso exclusivo de Harris Health:
For Harris Health Use Only:

Date Received _____

Amendment has been: Accepted Denied

If denied, check reason for denial:

PHI was not created by Harris Health System PHI is not a part of patient's Designated Record Set

PHI is not available to the patient for inspection as required PHI is accurate and complete
by Federal law (e.g. information used for civil action)

Comments of Healthcare Practitioner (Clinician-author):

Signature of Healthcare Practitioner

Date

Please send request to:

Medical Record Amendments

Attention: Privacy Officer
Harris Health System Corporate Compliance
4800 Fournace Place
Bellaire, TX 77401
Fax: 713-440-1020

Financial Record Amendments

Attention: Record Custodian
Harris Health System Patient Business Services
4800 Fournace Place
Bellaire, TX 77401