



COUNTY OF MONTEREY HEALTH DEPARTMENT

Elsa Jimenez, Director of Health

Administration
Behavioral Health

Clinic Services
Emergency Medical Services
Environmental Health/Animal Services

Public Health
Public Administrator/Public Guardian

Recipient of The California Endowment's 2017 Arnold X. Perkins Award for Outstanding Health Equity Practice

SOLICITUD PARA ENMENDAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Fecha:

Nombre:

Número de teléfono:

Dirección:

Identificación del cliente:

Fecha de nacimiento:

Por favor, díganos qué información de salud protegida desea que se cambie:

Por favor, díganos por qué desea este cambio. Debe dar una razón:

NOTA: No podemos eliminar ni destruir ninguna información ya incluida en su registro médico. Solo podemos agregar declaraciones aclaratorias o correctivas.

Debemos informarle dentro de los 60 días si cambiaremos su información médica protegida como lo solicitó, o avisarle que necesitamos más tiempo (hasta 30 días adicionales) para decidir.

Si decidimos cambiar la información de salud como usted solicitó, enviaremos el cambio a las personas que hayan recibido la información antes de que se cambiara. Díganos si hay alguna de estas personas que necesiten la información modificada:

No Iniciales: _____ Si Iniciales: _____

Indique los nombres y direcciones de las personas:

También enviaremos la enmienda a otras personas que sabemos que recibieron la información antes de que fuera modificada si confiaron, o podrían confiar en el futuro, en la información en su perjuicio (daño). ¿Estás de acuerdo con esto?

No Iniciales: _____ Si Iniciales: _____

No tenemos que cambiar su información médica protegida si:

1. No creamos la información, a menos que la persona que creó la información no esté disponible para actuar sobre su solicitud de cambiarla (por ejemplo, el médico que creó originalmente la información ha fallecido). Si esta excepción se aplica a usted, explique:
2. La información es precisa y completa.
3. Usted no tiene el derecho legal de acceder a la información de salud protegida que desea cambiar.
4. La información de salud protegida que desea cambiar no forma parte del conjunto de registros designado. Esto incluye sus registros médicos, registros de facturación y registros que contienen su información de salud protegida que utilizamos para tomar decisiones sobre usted.

Fecha:

Hora:

AM PM

Firma: _____

(paciente/representante legal)

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación:

Nombre (en letra de imprenta):

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte el Aviso de prácticas de privacidad. También puede recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad enviando una solicitud por escrito a: Monterey County Behavioral Health Quality Assurance/ Quality Improvement Office, 1611 Bunker Hill Way, Ste 120, Salinas, CA 93906. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de Salud Conductual del Condado de Monterey al 831-755-4018 o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No se le penalizará por presentar una queja.

Cuando haya terminado de llenar este formulario, devuélvalo a:

Monterey County Behavioral Health
Quality Assurance/Quality Improvement Office
1611 Bunker Hill Way, Ste 120
Salinas, CA 93906