



**LOS ANGELES
LGBT
CENTER**

Health Services

SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor indique la información médica protegida que desea modificar:

Indique el motivo por el cual desea hacer esta modificación. Debe indicar un motivo:

Debemos informarle durante los próximos sesenta días si modificaremos su información médica protegida según lo ha solicitado, o le indicaremos que necesitamos más tiempo (hasta treinta días adicionales) para tomar una decisión. Indique el domicilio donde podemos enviarle una carta:

Proporcione un número de teléfono a fin de que podamos llamarle: _____

Si tomamos la decisión de modificar la información médica según lo ha solicitado, le enviaremos la modificación a todas las personas que hayan recibido la información antes de que fuera modificada. Indique si existen personas que deben recibir la información modificada:

- No. Iniciales: _____
- Sí. Escriba los nombres y domicilios de estas personas:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Asimismo, enviaremos la enmienda a otras personas que sabemos que han recibido la información antes de que fuera modificada, si se basaron o es posible que en un futuro se basen en la información en su perjuicio (daño). ¿Está de acuerdo con esto?

- No. Iniciales: _____
- Sí. Iniciales: _____

Por favor complete el reverso de esta página.

**REQUEST TO AMEND PROTECTED HEALTH
INFORMATION (SPANISH)**

Name:

PF #:



**LOS
ANGELES
LGBT
CENTER**

Health Services

SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

No es necesario que modifiquemos su información médica protegida si:

1. Nosotros no creamos la información, a menos que la persona que haya creado la información no esté disponible para responder a su solicitud de cambio (por ejemplo, si el médico que creó la información originalmente ha fallecido). Si esta excepción corresponde en su caso, explique:

2. La información es correcta y está completa.
3. Legalmente usted no tiene acceso a la información médica protegida que desea modificar.
4. La información médica protegida que usted desea modificar no forma parte del conjunto de expedientes designados. Estos incluyen sus expedientes médicos, los registros de facturación y los expedientes que contienen la información médica protegida que nosotros utilizamos para tomar decisiones acerca de usted.

Firma del paciente o representante

Fecha

Si firma el representante, indique la relación

Cuando haya terminado de completar el formulario, puede enviarlo a:

LAGLC Privacy Office, Jeffrey Goodman Special Care Clinic, 1625 Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028

**REQUEST TO AMEND PROTECTED HEALTH
INFORMATION (SPANISH) (PAGE 2)**

Name:

PF #: