

Formulario de solicitud de Paciente Para enmendar la información médica protegida

La ley federal le permite solicitar que corriamos la información médica protegida que tenemos sobre usted, si usted cree que es incorrecta o incompleta. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para el grupo médico. Cuando presente una solicitud de enmienda, estamos obligados a responder, y puede ser obligado a tomar otras medidas especificadas en los reglamentos pertinentes.

Usted debe presentar ninguna enmienda, junto con una explicación por escrito del motivo de la solicitud, fechada y firmada, a la oficina de Registros Médicos en la siguiente ubicación:

Facey Medical Group
Atención: Departamento de Revelación de Información
11333 N. Sepulveda Blvd.
Mission Hills, CA. 91345
(818) 837-5668

Solicito que se modifique la siguiente información inexacta, incompleta o fuera de fecha sobre mí en los registros del Grupo Médico:

El motivo de la modificación propuesta es: **(por favor adjunte una explicación escrita)**

Imprima Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de teléfono: _____ Dirección: _____ Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
Lo siguiente es para Facey Medical Group sólo utilizan
<input type="checkbox"/> Request Approved <input type="checkbox"/> Request Denied Reason: _____ Facey Medical Foundation: _____ Date: _____

Patient Name	Medical Record#
Patient Date of Birth	Patient Telephone #
Dr. Name	Dr. # Loc:
Appointment Date	
Insurance Coverage	
Insurance Benefits - Co – Pay	