

Hospitales y Clínicas de Salem Health

Solicitud para corregir información de salud protegida

Un paciente o representante autorizado legalmente quien crea que la información en el expediente médico del paciente está incompleta o incorrecta puede solicitar una enmienda al expediente llenando el formulario de abajo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>		
# de teléfono:	<input type="text"/>	# de expediente médico (opcional):	<input type="text"/>		
Calle:	<input type="text"/>	Ciudad:	<input type="text"/>	Estado/Código postal:	<input type="text"/>
Fecha en el expediente:	<input type="text"/>	Nombre de la persona que escribió en el expediente:	<input type="text"/>		

Por favor incluya una copia del expediente médico, si es posible.

EXPLIQUE CÓMO ES QUE LA INFORMACIÓN EN EL EXPEDIENTE ESTÁ INCORRECTA O INCOMPLETA	EXPLIQUE CÓMO LA INFORMACIÓN DEBERÍA SER CORREGIDA PARA SER MÁS EXACTA O COMPLETA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SI LA ENMIENDA ES APROBADA POR FAVOR MANDE COPIAS A:

Si a usted le gustaría que una copia del expediente corregido se le mande a su médico, quien ha recibido el expediente anteriormente, por favor especifique el nombre(s) y dirección(es) abajo.

Nombre:	Dirección postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del paciente o representante legal autorizado

Fecha

Por favor regrese el formulario completado al oficial de privacidad: Salem Health Privacy Officer
Corporate Integrity Office
P.O. Box 14001
Salem, OR 97309-5014