



## SOLICITUD DE CORRECCIÓN O MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Considero que la documentación en mi historia clínica es inexacta o está incompleta para la(s) siguiente(s) fecha(s) de servicio:  
\_\_\_\_\_ Nombre del proveedor de atención médica (si se conoce): \_\_\_\_\_

La siguiente información parece ser inexacta o estar incompleta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La entrada modificada debe indicar lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comprendo que:

- Astria Health revisará mi solicitud de corrección o modificación de los registros y responderá en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se reciba, salvo en circunstancias excepcionales. Si existen circunstancias inusuales, Astria Health me informará sobre cualquier retraso y responderá en un plazo de 21 días a partir de la fecha en que recibió mi solicitud.
- Astria Health puede acceder o no a mi solicitud de modificación.
- Esta solicitud de modificación formará parte de la historia clínica y se divulgará en respuesta a cualquier solicitud autorizada de mi historia clínica.

Firma del paciente/autoridad legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autoridad legal:  Yo mismo  Padre/madre  Tutor legal  Poder notarial para atención médica

\*\*Por favor, adjunte documentación legal si usted es el tutor legal o el titular de un poder notarial.

### Esta sección debe ser completada por el proveedor de atención médica o representante de Astria Health:

Fecha en la que Astria Health recibió la solicitud: \_\_\_\_\_ Revisado por: \_\_\_\_\_

La corrección/modificación fue:  Aceptada  Denegada  Aceptada parcialmente

Descripción de la corrección/modificación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de denegación, marque el motivo:

- La información de salud existente es exacta y está completa.
- Esta información de salud no fue creada por esta organización.
- Esta solicitud no formaba parte de los registros médicos del paciente.
- El registro ya no existe o no se puede encontrar.

Revisé esta solicitud de corrección/modificación y respondí con la decisión indicada arriba.

Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Escriba en letra de imprenta)

\*\*Por favor, lea el reverso para obtener instrucciones sobre cómo presentar la solicitud.

## **SOLICITUD DE CORRECCIÓN O MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA: Hoja de información del paciente**

---

Los pacientes tienen derecho a solicitar la modificación de su historia clínica en virtud de la legislación estatal y federal. Si considera que algo en su historia clínica no es correcto, o que falta información en la misma, puede solicitar que se añada información para corregirla o completarla. A continuación encontrará información útil sobre el proceso de modificación en Astria Health.

- Se le pedirá que presente su solicitud de modificación por escrito. Por favor, sea lo más específico posible.
- Envíe su solicitud siguiendo una de las opciones siguientes.
- El Departamento de Información de Salud de Astria Health revisará su solicitud con los proveedores de atención médica o cuidadores adecuados.
- En virtud de la ley estatal, usted recibirá una respuesta por escrito en un plazo de 10 días. En determinadas circunstancias podemos necesitar una prórroga de hasta 21 días. Le notificaremos por escrito si es necesaria una prórroga.

Si se aprueba su solicitud de modificación, Astria Health se lo notificará por escrito. Sus registros modificados se incluirán en cualquier divulgación futura. También notificaremos a las personas o entidades pertinentes con las que sea necesario compartir la modificación.

Su solicitud de modificación podría ser denegada por los siguientes motivos:

- La información contenida en su historia clínica es exacta y está completa.
- Las historias clínicas son conservados por un proveedor de atención médica o entidad distinta de Astria Health.
- La información que usted solicitó modificar no está disponible por ley para su inspección.

Si se deniega su solicitud de modificación, Astria Health se lo notificará por escrito. Su solicitud de modificación y denegación se incluirán en cualquier divulgación futura. Si no está de acuerdo con la denegación de su solicitud de modificación:

- Puede presentar una declaración de una página en la que exprese su desacuerdo con la denegación. Esta declaración no puede tener más de 500 palabras y se incluirá en cualquier divulgación futura. Dispone de 30 días para presentar una declaración de desacuerdo.
- Puede solicitar que incluyamos su solicitud de modificación y la denegación de la misma en cualquier divulgación de historias clínicas en el futuro.

Puede presentar una queja ante el oficial de cumplimiento de Astria Health System por correo electrónico en la dirección [Compliance@Astria.Health](mailto:Compliance@Astria.Health)

También puede presentar una queja por teléfono ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos: (800) 368-1019 o en línea en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

---

### **Puede enviarnos esta autorización por correo postal, fax o correo electrónico:**

**Astria Health – Attn: Health Information Dept. 1016 Tacoma Ave, Sunnyside, WA 98944**

**Teléfono: 509-837-1636; fax: 509-837-1637**

**Correo electrónico: [ChartCorrections@Astria.Health](mailto:ChartCorrections@Astria.Health)**

**De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Cerrado todos los días festivos importantes.**