



TEXAS TECH UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER.
EL PASO

Nombre del paciente: _____

MRN: _____
(Número de archivo médico)

Fecha de nacimiento _____

Dirección del paciente _____

Número de teléfono del paciente _____

Después de revisar mi archivo médico no creo que la documentación original hecha por _____ refleje con precisión mi tratamiento, condición o diagnóstico en la siguiente fecha _____ por lo tanto, información que clarifique debe agregarse, en forma de addenda, a mi archivo médico.

Yo entiendo que mi médico o proveedor de cuidado de salud puede o no agregar información, en forma de addenda, a mi archivo médico basándose en mi petición. Yo entiendo que a mi médico u otro proveedor de cuidado no se le permite alterar la documentación original de mi archivo. Yo entiendo que mi petición para enmendar mi archivo formará parte permanente de él y se enviará como parte de la información de cualquier petición autorizada de su archivo médico

Yo entiendo que Texas Tech University Health Sciences Center El Paso me enviará una respuesta a esta petición dentro de los próximos sesenta (60) días. Yo entiendo que tengo la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo si mi médico o proveedor de salud se niega a mi petición.

Razón para solicitar una enmienda _____

Yo solicito que se hagan las siguientes correcciones/enmiendas a mi Información de salud protegida:

Fecha _____ Hora _____ Paciente / otra persona legalmente autorizada _____

Testigo _____ Imprima nombre _____ Imprima nombre y parentesco con el paciente _____

Respuesta del médico a proveedor de cuidado de salud

_____ En respuesta a su petición, una corrección / addenda formará parte permanente de su archivo médico.

_____ Su petición ha sido negada; sin embargo, su petición formará parte permanente de su archivo médico. La razón por la cual su petición fue negada:

Firma: _____ Fecha _____

Fecha en que la respuesta fue enviada al paciente _____ por _____