

PT MRN: \_\_\_\_\_  
Datos recibidos: \_\_\_\_\_  
Datos rellenados: \_\_\_\_\_  
La extensión es necesaria: Sí No

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: (     ) \_\_\_\_\_

## PETICIÓN PARA LA MODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE FORT HEALTHCARE

### Envíe su petición a:

Fort HealthCare  
Para la atención de: Departamento de HIM -  
Modificación del paciente  
611 Sherman Avenue East  
Fort Atkinson, WI 53538

**Fax:** 920-568-5195 – Para la atención de: Modificación  
del paciente

### Apartado A: Para el individuo. Por favor, lea lo detallado a continuación y complete la información requerida.

Tiene el derecho a requerir que modifiquemos la información médica protegida de su historia clínica legal que nuestros socios empresariales o nosotros conservamos. Tenemos 60 días para procesar su petición.

Podemos rechazar su petición si:

- La información no forma parte de la historia clínica legal de Fort HealthCare.
- Nosotros no incorporamos la información.
- Creemos que la información está completa y es precisa.
- La información figura en las notas de psicoterapia.
- La información se recoge en previsión de cualquier acción o procedimiento civil, penal o administrativo o para su uso en ellos.
- O si el autor original de la documentación ya no es empleado de Fort HealthCare.
- La información no está sujeta a la divulgación por su parte, conforme las enmiendas de mejora de laboratorios clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) de 1988 (42 U.S.C. § 263a).

Por favor, especifique qué documento(s), información médica y/o fechas de servicio desea modificar (si necesita más espacio, por favor, adjunte el formulario(s) adicional(es)):

Por favor, describa la(s) razón(es) y/o adjunte pruebas para la(s) modificación(es):

### Apartado B: Para el individuo. Por favor, lea lo detallado a continuación y siga las instrucciones en relación con la revelación de historias clínicas.

#### Revelación de la información. Si estuviese aprobada

Si desea que se envíe una copia de su historia clínica modificada a cualquier destinatario anterior o nuevo, por favor, complete el formulario de cesión de información que encontrará en [www.forthealthcare.com](http://www.forthealthcare.com) dentro del apartado "Información del paciente". Si no, se puede contactar con el Departamento de Manejo de Información Médica al (920) 568-5188.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

Si esta petición la firma un representante legalmente autorizado en nombre del individuo, complete lo siguiente:

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Si la firma una persona distinta al paciente, por favor, describa la relación y la autoridad para hacerlo:

El paciente es: ☐ Menor ☐ Incompetente/Incapacitado ☐ Fallecido

Autorización legal: ☐ Tutor legal ☐ Padre del menor ☐ Cónyuge del fallecido

☐ Representante de la atención médica \_\_\_\_\_

☐ Representante personal/pareja de hecho del fallecido

☐ Otro \_\_\_\_\_

PT MRN: \_\_\_\_\_  
Datos recibidos: \_\_\_\_\_  
Datos rellenados: \_\_\_\_\_  
La extensión es necesaria: Sí No

### Apartado C: Respuesta a la petición de modificación: Apartado del proveedor

\_\_\_\_ Su petición para una modificación ha sido **APROBADA**: se llevará a cabo una corrección/enmienda como parte de su historia clínica permanente. Se le enviará por correo una copia del documento(s) enmendado(s).

\_\_\_\_ Parte de su petición ha sido aprobada, por favor, lea a continuación para obtener más detalles. Se le enviará por correo una copia del documento(s) enmendado(s).

\_\_\_\_ Su petición para una modificación ha sido **RECHAZADA**; se llevó a cabo su petición como parte de su historia clínica permanente.

Se rechazó su petición por la razón(es) detallada(s) a continuación:

- ☐ Fort HealthCare no recopiló la información, por favor, haga un seguimiento con \_\_\_\_\_
- ☐ Se considera que la información está completa y es acertada. La información figura en las notas de psicoterapia.
- ☐ La información se recopila en previsión de cualquier acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en ellos. La información no está sujeta a divulgación en virtud de las enmiendas de mejora de laboratorios clínicos (CLIA) de 1988 (42 U.S.C. § 263a).
- ☐ Usted no proporcionó la información suficiente como para completar la petición.
- ☐ La petición es en relación con la información de facturación y debería ser enviada a: \_\_\_\_\_
- ☐ El autor original de la documentación ya no es empleado de Fort HealthCare.

#### Información adicional:

---

---

---

---

Firma: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Apartado D: Opciones del paciente e información de contacto:

#### Si se le niega su petición:

Puede enviar una declaración de una página en la que exprese la disconformidad en relación con su petición rechazada. Si lo realiza, anexaremos o vincularemos su declaración a su(s) historia(s) clínica(s) que quería modificar para que en un futuro sean incluidas a esas historias. Podemos preparar y enviarle una refutación a su declaración de disconformidad y si lo hacemos, adjuntaremos o vincularemos nuestra refutación a esos mismos registros para que sean incluidos en las próximas divulgaciones de esas historias.

En lugar de enviar por escrito una declaración de disconformidad, puede solicitar por escrito que su petición para modificar aquellas historias y este rechazo se adjunten o se relacionen con aquellas historias que serán incluidas en las próximas divulgaciones.

#### Información adicional de contacto:

Si tiene alguna pregunta, quiere debatir su rechazo o rever sus opciones, por favor, comuníquese con:  
Gerente de HIM al (920)-568-5180

Si quisiera enviar una queja o debatir la calidad de su atención, por favor, comuníquese con el Departamento de Calidad al (920)568-5179.