| Texas Tech University Health Sciences Center<br><br>**Petición para enmendar Información de salud protegida** | **Nombre del paciente: _____**<br><br>**MRN:_____**<br>**(Número de archivo médico)**<br>**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 _____ refleja 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 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 _____