



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE MI EXPEDIENTE MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Después de una revisión de mi expediente médico, no creo que la documentación original realizada por Women's Health Associates of Southern Nevada, PLLC refleje de manera precisa y correcta mi tratamiento, condición o diagnóstico en la siguiente fecha ____ / ____ / ____ y, por lo tanto, mi registro médico debe complementarse y corregirse con información aclaratoria.

Entiendo que mi médico o proveedor de atención médica puede o no complementar o corregir mi registro con un anexo a mi registro médico basado en esta solicitud. Entiendo que mi médico o proveedor de atención médica no está autorizado a alterar el registro médico original. Entiendo que mi solicitud de enmienda se convertirá en una parte permanente de mi expediente médico y se enviará con cualquier solicitud futura autorizada para mi expediente médico.

Entiendo que, si WHASN niega mi solicitud de enmienda a mi expediente médico, tengo la oportunidad de proporcionar una declaración de desacuerdo para impugnar la denegación de mi solicitud.

La razón por la que solicito una enmienda es la siguiente:

Nombre del paciente

Firma del paciente/Agente de atención médica/Tutor/Familiar

____ / ____ / ____
Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal