2170 South Avenue
South Lake Tahoe
CA 96150
530.541.3420 TEL
bartonhealth.org
Línea para llamada con servicio de intérprete:
530.539.6135

SOLICITUD DE CAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Nombre legal del/de la paciente _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Solicitud de cambio de información médica protegida

Indique qué información médica protegida desea cambiar, por qué desea cambiarla y proporcione detalles específicos sobre su solicitud.

Médico/a que documentó la información: _____

Fechas de servicio de la documentación (MM/DD/AAAA): _____

Tipo de informe o documentación que quiere modificar. Sea específico/a con respecto a la redacción y/o las frases que solicita cambiar: _____

_____

_____

_____

Explique por qué desea que esto se cambie. Debe proporcionar un motivo: _____

_____

_____

_____

_____

Barton debe dar una respuesta a su solicitud dentro de los 60 días a partir de la fecha de esta solicitud, indicando si ha sido aprobada y se modificarán los expedientes, o si ha sido rechazada y no se modificarán los expedientes, o si necesitamos más tiempo (hasta 30 días adicionales a partir de la fecha de esta solicitud) para decidir el resultado.

Indique la dirección a la que desea que enviemos la respuesta:

Dirección de correo postal: _____
Ciudad: _____ Estado: ____ C.P.:_____

Si se aprueba su solicitud y se modifican los expedientes, podemos enviar los expedientes corregidos a cualquier persona que haya recibido una copia de los expedientes médicos antes de la modificación. ¿Está de acuerdo en que reenviemos los expedientes modificados a los/las solicitantes anteriores? No, Iniciales: _____ ☐ Sí, Iniciales: _____

©Copyright Barton Health 2025 [HIM-0004-SP] Request to Amend 122025

No tenemos la obligación de cambiar su información médica protegida si:

1. Usted no incluyó un motivo que respalde su solicitud.
2. La información fue revisada y considerada precisa y completa, según el criterio del/la médico/a que la documentó.
3. Nosotros no creamos la información que desea cambiar, o quien creó la información ya no está disponible para hacer las modificaciones solicitadas.
4. La información que desea cambiar no forma parte del conjunto de expedientes designados.

Derechos de privacidad

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte el "Aviso de prácticas de privacidad" disponible en nuestro sitio web www.BartonHealth.org, en Health Information Management (gestión de información médica), en Admisiones de Barton Memorial Hospital, o envíe una solicitud por escrito a:

Barton HealthCare System:
Attn: Health Information Management – Privacy Notice Request
2170 South Ave.
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158

Para presentar una queja

Si cree que se infringieron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el hospital o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Barton HealthCare System
Attn: Privacy Officer
2170 South Ave.
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158
530.543.5975

Departamento de Salud y Servicios Humanos
Visite www.HHS.gov para obtener más información

Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No se le impondrán sanciones por presentar una queja**.

Firma del/la paciente, tutor/a o persona responsable: _____

Nombre en letra de molde: _____Parentesco: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____Hora: _____

©Copyright Barton Health 2025 [HIM-0004-SP] Request to Amend 122025