



570011

- Backus Hospital  Charlotte Hungerford  Hartford Hospital  HHC At Home  Midstate Medical Center  
 The Hospital of Central CT  Natchaug  Rushford  Windham Hospital  St. Vincent's Medical Center

**SOLICITUD PARA ENMENDAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

El proveedor responsable revisará su solicitud y puede aceptarla o denegarla. Si acepta la enmienda, su solicitud original y la enmienda pasarán a formar parte de su registro médico. Si el proveedor deniega su solicitud, la declaración de denegación y su solicitud original pasarán a formar parte de su registro médico. Cualquier divulgación futura incluirá la información enmendada y/o su solicitud de enmendar la información por su solicitud. *Es ilegal retirar cualquier porción de su registro médico. Por ese motivo, todos los cambios realizados se harán en forma de anexo.* El centro tiene 60 días para responder a esta solicitud a menos que se proporcione un aviso sobre la necesidad de una extensión de treinta días.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Centro de Hartford Healthcare: \_\_\_\_\_ Oficina del médico: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de la entrada a enmendar: \_\_\_\_\_

Lista de documento(s) a enmendar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tenga a bien explicar los motivos de su solicitud de enmendar el registro médico e indique las correcciones abajo. Adjunte copias de la documentación e identifique claramente las áreas de preocupación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Desearía que enviemos esta enmienda a alguien a quien ya le hemos divulgado la información en el pasado? Si es así, especifique el nombre y la dirección de la organización o individuo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_ (documentación legal requerida)

**Los formularios completados se pueden enviar por correo, fax o entregar en persona al Departamento de Administración de la Información de Salud (HIM, por sus siglas en inglés). Las direcciones y números de fax del Departamento de HIM del Hospital se encuentran al dorso. También puede enviar esta solicitud por correo electrónico a [Amendments@hhchealth.org](mailto:Amendments@hhchealth.org).**

**Respuesta del médico:**

- Aceptada. Consulte el anexo al registro médico de fecha \_\_\_\_\_.  
 Denegada. La solicitud se deniega por el/los siguiente(s) motivo(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del proveedor / Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Uso exclusivo Oficina de HIM: MR#: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_ Completado en: \_\_\_\_\_



570011

**La Solicitud para enmendar información de salud protegida se puede enviar a:**

- Backus Health Information Management, 326 Washington Street, Norwich, CT 06360  
Fax# 860.892.2723**
- Charlotte Health Information Management, 540 Litchfield Street, Torrington, CT 06790  
Fax# 860.496.6633**
- HH Health Information Management, 80 Seymour St, Bliss 139, Hartford, CT 06102  
Fax# 860.545.6764 or 545.6446**
- HHC @ Home, 181 Patricia M. Genova Dr., Curtiss Building, HIM Dept. 3<sup>rd</sup> FL, Newington, CT 06111  
Fax# 860.246.8734**
- HOCC Health Information Management, 100 Grand Street, New Britain, CT 06050  
Fax# 860.224.5920**
- MidState Health Information Management, 435 Lewis Street, Meriden, CT 06451  
Fax# 203.694.7605**
- Natchaug Health Information Management, 189 Storrs Road, Mansfield Center, CT 06250  
Fax #860.456.1381**
- Rushford Health Information Management, 1250 Silver Street, Middletown, CT 06457  
Fax#860.346.9038**
- St. Vincent's Medical Center Health Information Management, 2800 Main St. Bridgeport, CT 06606  
Fax#203.576.5314**
- Windham Health Information Management, 112 Mansfield Avenue, Willimantic, CT 06226  
Fax# 860.456.6885**