

Please send request to:
 Stanford Health Care
 Health Information Management Services
 300 Pasteur Drive, MC 5200
 Stanford, CA 94305
 Fax: (510) 974-2250



**ADMIN • REQUEST FOR AN ADDENDUM OR
 CORRECTION - SPANISH**

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Número de registro médico del paciente (si lo sabe):
Dirección:		Número de teléfono:

Si cree que la información de salud protegida, incluida en su historia clínica, con la que cuenta el hospital está incorrecta o incompleta, tiene el derecho de pedirnos se corrija esta información.

A continuación, especifique el(los) documento(s) que incluyen la información incorrecta o incompleta:

Nombre del documento (informe operatorio, anamnesis y exploración clínica, comentarios de evolución, etc.)	Fecha del documento	Autor del documento

Marque una (1) casilla para indicar el tipo de cambio que le gustaría hacer en su información de salud personal:

Anexo – solicita incluir una nota adicional en su historia clínica. A continuación, escriba la nota en 250 palabras o menos (puede adjuntar hojas adicionales, según sea necesario).

Modificación (corrección) – solicita al internista correspondiente que realice cambios en su información de salud personal. Explique a continuación los cambios que le gustaría se hicieran y la razón por la que quiere se realicen estos cambios (debe dar una razón).

Si indica claramente por escrito que desea que el anexo forme parte de su historia clínica, lo adjuntaremos a su historia clínica y lo incluiremos cada vez que divulguemos la información o nota que usted considera incorrecta o incompleta. Máximo 60 días después de haber recibido su solicitud de cambio, debemos informarle si cambiaremos su información de salud protegida, según su solicitud, o informarle que necesitamos más tiempo (hasta 30 días adicionales) para revisar su solicitud.

Please send request to:

Stanford Health Care
Health Information Management Services
300 Pasteur Drive, MC 5200
Stanford, CA 94305
Fax: (510) 974-2250

STANFORD HEALTH CARE
STANFORD, CALIFORNIA 94305



**ADMIN • REQUEST FOR AN ADDENDUM OR
CORRECTION - SPANISH**

No tenemos que cambiar su información de salud protegida si:

1. Nosotros no generamos la información, excepto cuando la persona que generó la información no se encuentre disponible para abordar su solicitud de cambio (p. ej. El doctor que generó la información original ha muerto).
2. La información es precisa y está completa.
3. No tiene el derecho legal de acceder a la información de salud protegida que quiere cambiar.
4. La información de salud protegida que quiere cambiar no es parte del conjunto de registros designados.
5. Lo anterior incluye su historia clínica, registros de facturación y registros que incluyen su información de salud protegida que usamos para tomar decisiones sobre usted.

Si decidimos cambiar la información de salud como usted lo solicita, díganos si hay otra persona a la que desea informemos al respecto:

Sí, iniciales: _____ No, iniciales: _____

Si su respuesta es afirmativa, escriba a continuación los datos de la persona a la que desea informemos:

Nombre	Dirección

También enviaremos la modificación a otras personas que sabemos recibieron la información antes de realizarse el cambio, en caso de que se basen en dicha información o lo hagan en el futuro en su perjuicio. ¿Está de acuerdo con lo anterior?

Sí, iniciales: _____ No, iniciales: _____

_____ FECHA/ DATE	_____ HORA/ TIME	_____ FIRMA (paciente o representante legal debidamente designado)/ SIGNATURE (Patient, or Properly Designated Representative)	_____ INICIALES/ INITIALS
-------------------------	------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

_____ NOMBRE EN LETRA DE MOLDE/ PRINT NAME	_____ RELACIÓN CON EL PACIENTE/ RELATIONSHIP TO PATIENT	_____ NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO/ MEDICAL RECORD NUMBER
--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Envíe esta solicitud a la dirección que aparece en el encabezado de esta carta.

Si necesita más información sobre sus derechos de privacidad, lea la sección titulada "Notice of Privacy Practices" (Aviso de prácticas de privacidad) disponible en nuestro sitio web www.stanfordhealthcare.org o envíe una solicitud por escrito al a dirección que aparece en el encabezado de este formulario.