

**Solicitud de Enmienda de Registros Médicos del Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston**

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su información médica protegida mantenida por UTHealth Houston Behavioral Science Campus si cree que la información no es precisa o completa. Debe enviar su solicitud en este formulario. Si el paciente es menor de edad, el representante legalmente autorizado (por ejemplo, el padre) debe solicitar la modificación.

Por favor, modifique la información de la siguiente manera:

A. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

B. Número de historia clínica del paciente: Fecha de ingreso o tratamiento: \_\_\_\_\_

Tipo de registro a modificar:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta              | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio               |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presentes          |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso            | <input type="checkbox"/> Registros psiquiátricos/de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta         | <input type="checkbox"/> Otro _____                              |

C. Describa qué información está incompleta o es incorrecta y qué cree que debe cambiarse. Indique qué información cree que debe agregarse y/o eliminarse. No dude en adjuntar una copia del registro a esta hoja.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D. Si corresponde, enumere a todas las personas/organizaciones que han recibido esta información.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Solicito que el Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston enmiende mi información médica protegida (o la de mi hijo) según lo mantenido por el Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston. Entiendo que UTHealth Houston Behavioral Science Campus se reserva el derecho de verificar mi identidad, aprobar o denegar esta solicitud de acuerdo con la Ley Federal.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO EN OFICINA:**

- Enmienda/Corrección **Aceptada**    Enmienda/Corrección **Denegada**    Amplíe el tiempo de respuesta  
 Aceptar/Denegar Enmienda en Parte

Motivo de la denegación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Completado por)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Envíe por correo o fax los formularios completados a:  
**Campus de Ciencias del Comportamiento de UTHealth Houston: Gestión de la información de salud**  
**2800 S. Macgregor Way, Suite 3B43 Houston, TX 77021**  
 Teléfono: (713)741-7888 Fax: (713)383-3749 correo electrónico: BSCMedRecords@uth.tmc.edu