



**Solicitud de enmienda de información médica protegida**

Tiene derecho a solicitar una enmienda de su información médica protegida que mantiene Vecino Health Centers si cree que la información no es precisa o completa. Debe presentar la solicitud en este formulario. Si el paciente es un niño menor de edad, el representante legalmente autorizado (por ejemplo, padre o madre) debe solicitar la enmienda.

Vecino Health Centers puede rechazar su solicitud de enmienda si no incluye un motivo para respaldarla. Además, puede rechazar su solicitud si pide a Vecino Health Centers que enmiende información que: (1) Vecino Health Centers no creó, a menos que la persona o la entidad que creó la información ya no esté disponible para enmendarla; (2) no es parte de un conjunto de expedientes designado de Vecino Health Centers, como el expediente médico; (3) no es parte de la información que usted tendría permitido examinar y copiar; o (4) Vecino Health Centers determina que la documentación original es precisa y completa. Vecino Health Centers responderá a su solicitud en un plazo de 60 días, pero también puede solicitar una extensión de 30 días, por la cual usted recibirá aviso por escrito.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Otro número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Solicito que se enmiende mi información (o la de mi hijo/a) de la siguiente manera:**

Fecha de la entrada que se debe corregir/enmendar: \_\_\_\_\_

Información que se debe corregir/enmendar: \_\_\_\_\_

Describa qué información está incompleta o es incorrecta y qué cree que se debe cambiar. Indique qué información cree que se debe agregar o eliminar. Utilice hojas adicionales si es necesario y adjúntelas a este formulario.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Indique el motivo que respalda su solicitud. Proporcione copias de la información de respaldo, si corresponde.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Solicito que Vecino Health Centers enmiende mi información médica protegida (o la de mi hijo/a), según mantiene Vecino Health Centers, a fin de corregir imprecisiones o completar la información como se describe anteriormente. Comprendo que Vecino Health Centers se reserva el derecho de verificar mi identidad.

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

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

Si se acepta su enmienda, Vecino Health Centers tiene la responsabilidad de notificar a las otras personas que participan en su atención (o en la de su hijo/a) y que se basarían en la información enmendada para lograr su bienestar (o el de su hijo/a). Le solicitamos que identifique a las personas que cree que recibieron la información relacionada en el pasado y que se basan en la información de una manera que puede ser perjudicial para usted (o para su hijo/a). Al indicar a una persona a continuación, usted autoriza a Vecino Health Centers a notificarle sobre la enmienda.

Otras personas a las que se debe notificar sobre la enmienda (adjunte páginas adicionales si es necesario):

---

Nombre	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
--------	-------	--------	--------	---------------

---

Nombre	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
--------	-------	--------	--------	---------------

---

Nombre	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
--------	-------	--------	--------	---------------

Envíe por correo o fax los formularios completados a:

**Privacy Officer**  
**Vecino Health Centers**  
**5808 Airline Drive**  
**Houston, TX 77076**  
**Fax: 713-695-6929**