

Solicitud para que Island Hospital corrija o modifique información de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____

Dirección postal del paciente: _____

Solicito una modificación en mis expedientes.

Explique qué debería indicar la información en su registro para que sea más exacta o completa. Si necesita espacio adicional, incluya una página separada. Fecha de ingreso en el registro: _____

Firma del paciente o de la persona autorizada

Fecha

Vínculo con el paciente si es firmado en representación del paciente por el padre, la madre, el tutor legal, el representante legal, etc.

Analizaremos su solicitud y le responderemos en un plazo de diez días [laborales](#) después de recibirla. Se añadirá una copia de su solicitud a su expediente.

Enviaremos los cambios a:

- la persona que usted designe, y
- cualquier persona que haya recibido la información anteriormente y deba tener conocimiento de la modificación.

Envíe esta información a Island Hospital, a la atención de Medical Records Director, 1211 24th St., Anacortes, WA 98221.

A completar por el consultorio/la instalación de atención médica

Fecha de recepción: _____ La corrección/modificación ha sido: Aceptada Rechazada

Si fue denegada, consulte el formulario de denegación de solicitud de corrección/modificación para obtener información y más indicaciones.

- La revisión de esta solicitud de corrección/modificación ha sido demorada. Su solicitud se procesará en la fecha indicada a continuación: _____ (en un plazo no mayor a 21 días a partir de la fecha de la solicitud).

Nombre del departamento o el puesto de revisión

Fecha

Request to Correct or Amend Health Information - Spanish Island Hospital

Document Owner: Director, Admitting

Version Date: 05/29/2021; Approved: 06/01/2021; Reviewed: 06/01/2021

Printed copies are for reference only. Please refer to the electronic copy for the latest version