



MR2S747



**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)
REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos la mayor parte de la información de nuestros registros que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento mientras mantengamos la información en nuestros registros. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Confidencialidad para obtener una descripción más detallada de sus derechos a solicitar la modificación de esta información y el proceso que seguimos una vez que hayamos recibido su solicitud. Para solicitar una modificación a sus registros, complete y envíe el siguiente formulario de solicitud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
Apellido
Primer nombre
Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
_____ (durante el día)
_____ (en la noche)

Teléfono: _____
Dirección de correo electrónico (opcional): _____

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

Responda a las siguientes preguntas. Puede adjuntar una página aparte si necesita más espacio.

¿Qué información le gustaría modificar?

¿Cómo cree que se debe modificar la información?

¿Por qué cree que se debe modificar la información? Su solicitud puede ser denegada si no indica una razón que respalde la solicitud.



MR2S747



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Si se concede esta solicitud, ¿hay una persona, otra persona u organización que cree que puede tener la información no modificada y puede necesitar la información modificada? Si desea que enviemos la información modificada a esta persona, a otra persona u organización, proporcione la siguiente información de contacto:

Nombre _____ (persona/empresa/organización)	Nombre _____ (persona/empresa/organización)
Dirección _____ (calle, incluido el número del edificio/oficina)	Dirección _____ (calle, incluido el número del edificio/oficina)
Dirección _____ (Ciudad, estado, código postal)	Dirección _____ (Ciudad, estado, código postal)
Teléfono del trabajo () _____ (código de área)	Teléfono del trabajo () _____ (código de área)

Puede adjuntar una página aparte si necesita más espacio.

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Al firmar debajo, solicito que Stony Brook University Medical Center modifique la información de salud como he explicado anteriormente.

Firma del paciente o del representante del paciente
(Signature of Patient or Personal Representative)

Nombre del paciente o del representante del paciente
en letra de imprenta
(Print Name of Patient or Personal Representative)

Fecha (Date)

Descripción de la autoridad del representante personal
(Description of Personal Representative's Authority)

ENVIAR FORMULARIO COMPLETO A:

Stony Brook University Hospital
Health Information Management Department
500 Commack Road - Commack, NY 11725

Stony Brook Eastern Long Island Hospital
Health Information Management Department
201 Manor Place - Greenport, NY 11944

Stony Brook Southampton Hospital
Health Information Management Department
240 Meeting House Lane - Southampton, NY 11968

For [Medical Center] Use Only: MR# ENC#

Date Received: (MO/DY/YR) ___/___/___

Disposition of Request: ___ GRANTED ___ DENIED ___ PARTIALLY DENIED

Patient Notified In Writing On This Date: (MO/DY/YR) ___/___/___

Name of HIM Staff Member Processing This Request: _____



MR2S747



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

You have the right to request that we amend most information in our records that may be used to make decisions about you and your treatment for as long as we maintain the information in our records. Please see our Notice of Privacy Practices for a more detailed description of your rights to request amendment of this information and the process we follow once we have received your request. To request an amendment to your records, complete and return the following request form.

PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____
Last First MI

Date of Birth: _____

Address:

Telephone:
_____ (daytime)
_____ (evening)

Email Address (optional):

AMENDMENT REQUEST

Please answer the following questions. You may attach a separate page if more space is needed.

What information would you like to amend?

How do you believe the information should be amended?

Why do you believe the information should be amended? Your request may be denied if you do not provide a reason to support your request.

DO NOT DISCARD

PART OF THE LEGAL MEDICAL RECORD



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) REQUEST FOR AMENDMENT OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

If this request is granted is there an individual, other person or organization who you believe may have the un-amended information and may need the amended information? If you would like us to forward the amended information to this individual, some other person or organization please provide the contact information below:

Name XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(individual/business/organization)

Name XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(individual/business/organization)

Mailing XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(street including building/suite number)

Mailing XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(street including building/suite number)

Address XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(City, State, Zip)

Address XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(City, State, Zip)

Business Phone (XX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(area code)

Business Phone (XX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(area code)

You may attach a separate page if more space is needed.

REQUESTOR UNDERSTANDING AND SIGNATURE

By signing below, I am requesting that Stony Brook University Medical Center amend the health information as I have explained above.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Signature of Patient or Personal Representative

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Print Name of Patient or Personal Representative

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Date

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Description of Personal Representative's Authority

SEND COMPLETED FORM TO:

Stony Brook University Hospital
Health Information Management Department
500 Commack Road - Commack, NY 11725

Stony Brook Eastern Long Island Hospital
Health Information Management Department
201 Manor Place - Greenport, NY 11944

Stony Brook Southampton Hospital
Health Information Management Department
240 Meeting House Lane - Southampton, NY 11968

For [Medical Center] Use Only: MR# ENC#
Date Received: (MO/DY/YR) XXX/XXX/XXX
Disposition of Request: XXX GRANTED XXX DENIED XXX PARTIALLY DENIED
Patient Notified In Writing On This Date: (MO/DY/YR) XXX/XXX/XXX
Name of HIM Staff Member Processing This Request: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DO NOT DISCARD

PART OF THE LEGAL MEDICAL RECORD