



Patient Request for Amendment of Medical Record

Place Patient Label Here

Pedido del/la Paciente de Correcciones del Expediente Médico

Nombre del/la Paciente Fecha de Nacimiento Número del Expediente Médico

Solicito a los Servicios de Salud Samaritan (SHS) hacer correcciones en mi expediente médico

Antes de firmar este pedido, por favor tenga en cuenta que:

- SHS no hace correcciones en un expediente médico que no fue creado en sus oficinas o por sus proveedores.
SHS corregirá un expediente médico solamente si dicho expediente está incompleto o con algún error.

Sus Derechos cuando solicita alguna corrección a Su Expediente Médico:

- Tiene el derecho a pedir que se corrija su expediente médico de SHS.
Usted tiene derecho a recibir respuesta a este pedido dentro de los 60 días.
Si Usted no está de acuerdo con la respuesta de SHS a su pedido de hacer cambios o correcciones, usted puede hacer un pedido por escrito estipulando de qué manera quisiera que se haga el cambio a su expediente médico; este pedido pasará a formar parte de su expediente médico, y se le proveerá a usted con una copia de la respuesta de SHS.
En caso de ser corregido o enmendado su expediente como consecuencia de su pedido, este pedido será agregado a su historial medico, al igual que la/s respuesta/s de SHS, y cualquier respuesta adición
Usted tiene el derecho de pedir que se le envíen copias de las correcciones aprobadas a otras personas o entidades aparte de Usted, a su elección. Favor de indicar abajo a quiénes y a dónde se deben enviar.

Su Derecho a Solicitar una Queja de Privacidad:

Las personas pueden presentar quejas de privacidad ante el Oficial de Privacidad de SHS o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S., Oficina de Derechos Civiles. Vea la información de contacto que aparece a continuación:

Samaritan Health Services
Attn: Privacy Officer
3600 NW Samaritan Drive
Corvallis, Oregon 97330
Phone (541) 768-6218
Email: privacy@samhealth.org

Office for Civil Rights, Region X
U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11
Seattle, Washington 98121 - 1831
Phone: (206) 615-2290

Solicito que la siguiente información médica sea limitada en cuanto a su uso o revelación (sea específico/a):

Solicito que se imponga la siguiente restricción en cuanto a comunicar mi información médica a los siguientes individuos o entidades (sea específico/a):

Firma del / la paciente:

Firma de la persona autorizada por ley a firmar por el paciente:

Fecha:

Relación con el / la paciente:

Testigo:

Fecha

(Para uso de SHS únicamente) SHS Use only:
Practitioner review and comments [] Agree with request [] Disagree with request. Comments below:
Practitioner signature Time and Date signed