

## Solicitud para Modificar los Registros Médicos

DM Reference #:

El formulario relleno puede devolverse al Departamento de HISM por correo electrónico a **HISM@wellpower.org**, por fax al **(303) 504-6504**, o en persona/por correo postal **con atención a HISM a 4141 East Dickenson Place (Office 170), Denver, CO 80222**. Si tiene preguntas, llame al (303) 504-6510.

### Información de la persona a la que servimos

Por favor, rellene la siguiente información sobre la persona cuyo registro médico se solicita modificar.

Nombre: \_\_\_\_\_ S.N.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
#ID WellPower: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

### Información de la persona que solicita la modificación

Si solicita la modificación en nombre de la persona que recibe los servicios, rellene sus datos a continuación. Debe incluirse la documentación que demuestre su autoridad legal para realizar esta solicitud. Déjelo en blanco si no es aplicable.

Nombre: \_\_\_\_\_ S.N.: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Organización: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Su información de contacto

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Solicito el/los siguiente(s) cambio(s) en mi registro médico:

---

---

---

---

---

---

### Solicito este cambio porque:

---

---

---

---

---

---

---

---

Entiendo que mi solicitud será considerada, pero es posible que no sea aprobada. Entiendo que se me notificará la decisión por escrito. Además, entiendo que esta solicitud formará parte permanente de mi registro médico.

Si mi solicitud es aceptada, entiendo que debo identificar a las otras personas que tienen información médica sobre mí y que necesitan ser informadas de la enmienda. WellPower también identificará a otras personas o entidades que deban ser informadas acerca de la modificación.

Si mi solicitud es rechazada, entiendo que puedo escribir una declaración de inconformidad y solicitar que el rechazo y la declaración de inconformidad se incluyan en cualquier otra divulgación de la información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés).

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma