



TEXAS TECH UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER.
EL PASO

Solicitud de modificación del expediente médico

Nombre del paciente: _____

MRN: _____
(Número de expediente médico)

Fecha de nacimiento _____

Dirección del paciente _____

Número de teléfono del paciente _____

Después de revisar mi expediente médico no considero que la documentación original hecha por _____ refleje con precisión mi tratamiento, condición o diagnóstico en la siguiente fecha _____ y debe ser completada con información clara, en la forma de adenda a mi expediente médico.

Entiendo que mi médico o proveedor del cuidado de la salud puede o no agregar información en forma de adenda a mi expediente médico de acuerdo con mi solicitud. Entiendo que a mi médico u otro proveedor del cuidado de la salud no se le permite alterar la documentación original de mi expediente. Entiendo que mi solicitud de modificación pasará a formar parte permanente de mi expediente médico y se enviará junto con cualquier futura solicitud autorizada de información sobre mi expediente médico.

Entiendo que Texas Tech University Health Sciences Center El Paso proporcionará una respuesta a esta solicitud en un plazo de sesenta (60) días. Entiendo que tengo la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo si mi médico o proveedor del cuidado de la salud se niega a mi solicitud.

Motivo de la modificación _____

Solicito que se hagan las siguientes correcciones/modificaciones a mi información de salud protegida:

Fecha _____ Hora _____ Paciente / otra persona legalmente autorizada _____

Testigo _____ Nombre impreso _____ Nombre impreso y parentesco con el paciente _____

Respuesta del médico o proveedor del cuidado de la salud

_____ En respuesta a su petición, una corrección/modificación formará parte permanente de su expediente médico.

_____ Su petición ha sido denegada; sin embargo, su petición formará parte permanente de su expediente médico. La razón por la cual su petición fue denegada:

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha en que la respuesta fue enviada al paciente _____ por _____