

Solicitud de modificación/corrección de información médica

Fecha de solicitud: _____

Paciente/Persona

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido Fecha de nacimiento

Número de teléfono (con código de área) Dirección de correo electrónico (opcional)

Solicitante (si es diferente del paciente/persona)

Para que un tercero pueda realizar una solicitud en nombre del paciente, es preciso que conste en el expediente un permiso/documentación por escrito.

Nombre Apellido Relación con el paciente

Número de teléfono Dirección de correo electrónico (opcional)

Indique la información que desea modificar/corregir

Explique la información que debe modificarse y por qué es incorrecta/incompleta, incluyendo las fechas pertinentes. ¿Qué debe indicar la información para ser más precisa o completa? (Puede adjuntar cualquier información que tenga para respaldar su solicitud).

Revisar y firmar

Esta solicitud será revisada y podrá ser aceptada o rechazada. Recibirá una respuesta en un plazo de 60 días a partir de la recepción de su solicitud por parte de Alpine.

- Entiendo que Alpine Health no está autorizada a modificar el expediente original.
- Entiendo que esta solicitud de modificación formará parte de mi expediente permanente.
- Declaro que he leído toda la información anterior.

Firma de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona

Fecha

X _____

Envíe este formulario completado por correo postal o correo electrónico a:

Attn: Privacy Officer
Physician Health Partners
PO Box 13406
Denver, CO 80202-9998

Privacy@Alpine-Physicians.com