



PATIENT REQUEST FOR AMENDMENT/CORRECTION OF PROTECTED HEALTH INFORMATION



Amendment - SCAN, REQUEST FOR AMENDMENT, 2/21/23

Patient Name: _____ Date: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

As provided by the Health Insurance Portability and Accountability Act and federal regulations, patients have the right to request an amendment or correction to their protected health information. Patient requests will be acted upon by Catholic Health within 60 days of the date the request is received. However, if Catholic Health, is unable to act on the request within such time frame, it may provide a written notice within 60 days explaining the reasons for delay and the date by which it will act, which shall be within 90 days of the date the request is received. Once your request has been acted upon, your request for amendment will either be granted or denied. If denied, you will be notified in writing of the reasons for denial. Please refer to our Notice of Privacy Practices and other policies for a complete statement of your rights.

Please indicate specifically what information you wish to have amended and what your information should say to be more accurate or complete. Please also indicate the reasons for requesting such amendment. You may attach a separate sheet if necessary.

Please indicate whether there is anyone to whom you would like us to notify of the amendment to your protected health information. If so, please provide us with the name of the individual or organization, their address and telephone number.

Patient Signature: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Date Amendment Request Received: _____

Name of staff member: _____ Request Accepted: _____ Denied: _____

If denied, specific reason: _____



**SOLICITUD DEL PACIENTE
PARA ENMENDAR/
CORREGIR INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA**



Amendment - SCAN, REQUEST FOR AMENDMENT, 2/21/23



Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Según lo estipulado por la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico y por los reglamentos federales, los pacientes tienen derecho a solicitar una enmienda o corrección de su información médica protegida. Catholic Health procesará las solicitudes de los pacientes en un plazo de 60 días a partir de la fecha de recepción. Sin embargo, si Catholic Health no puede procesar la solicitud en dicho plazo, puede enviar una notificación por escrito en un plazo de 60 días, en la que explique los motivos del retraso y la fecha en la que actuará, que deberá ser en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se recibió la solicitud. Una vez procesada su solicitud de enmienda, se aceptará o se denegará. Si se rechaza, usted recibirá una notificación por escrito de los motivos. Consulte nuestra Notificación de prácticas de privacidad y otras políticas para leer una declaración completa de sus derechos.

Indique específicamente qué información desea enmendar y qué debe incluir la información para que sea más exacta o completa. Además, indique los motivos por los cuales solicita tal enmienda. Puede adjuntar una hoja por separado, si es necesario.

Indique si desea que le notifiquemos a alguien la enmienda de su información médica protegida. De ser así, proporciónenos el nombre de la persona u organización, su dirección y número de teléfono.

Firma del paciente: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Date Amendment Request Received: _____

Name of staff member: _____ Request Accepted: _____ Denied: _____

If denied, specific reason: _____
