

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS
CALLIER CENTER FOR COMMUNICATION DISORDERS

SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El UT Dallas Callier Center reconoce el derecho de un individuo a solicitar la enmienda de su información médica, siempre y cuando mantenga dicha información en un conjunto de registros designado.

Sin embargo, podemos rechazar su solicitud de modificar la información médica si se aplica alguna de las siguientes situaciones:

- Su solicitud no está por escrito.
- Su solicitud de enmienda no incluye un motivo que respalde la solicitud.
- La información médica no fue creada por Callier Center, a menos que pueda demostrar que la persona que creó la información ya no está disponible para realizar la enmienda.
- La información médica no forma parte de la información mantenida por o para el Callier Center en un conjunto de registros designado.
- La información médica no está disponible para su inspección.
- La información médica es precisa y completa.

Nombre: _____ Número de teléfono diurno _____

Dirección: _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Descripción de la enmienda solicitada a su información médica: _____

Motivo para realizar la enmienda (si corresponde, esto debe incluir la declaración de que la persona que creó la información médica ya no está disponible para realizar la enmienda):

Firma: _____ Fecha: _____

Si la solicitud está firmada por un Representante personal del individuo:

Nombre impreso del Representante personal: _____

Autoridad del representante para actuar en nombre del individuo: _____

Si lo firma un Representante personal de la persona, tenga en cuenta que se necesita verificación de que usted es el Representante legal de esta persona para efectos de presentar esta Solicitud. Adjunte cualquier documento que respalde esta autoridad (poder notarial, orden judicial, etc.). Como representante de esta persona, ¿podemos comunicarnos con usted a la dirección, al correo electrónico o al número de teléfono que figuran arriba? Sí No

En caso contrario, proporcione su dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono:

Dirección: _____
(calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Para uso exclusivo de Callier Center

Nombre de la persona que procesa la solicitud de enmienda: _____

Título de la persona que procesa la solicitud: _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Fecha límite para conceder/denegar la enmienda solicitada: _____

¿Se extendió el plazo?

No

Sí: Razón: _____

Fecha en que se entregó la notificación por escrito: _____

Nueva fecha límite para conceder/denegar enmienda: _____

Enmienda: Otorgada Denegada Fecha de notificación del individuo: _____

Si se concede:

Fecha en que se agregaron o vincularon los registros a la enmienda: _____

Fecha de recepción del acuerdo del individuo para notificar a los destinatarios: _____

Fechas en que se notificó a los destinatarios identificados: _____

Si se niega:

¿El individuo presentó una declaración de desacuerdo?

Sí ¿Refutación preparada?

Sí: Fecha de notificación: _____

¿El individuo solicitó el adjunto de la solicitud y la denegación? Sí No

Registros adjuntos a la información médica (marque todos los que correspondan):

Solicitud de enmienda

Denegación de la solicitud

Declaración de desacuerdo