



Nicklaus Children's Health System
3100 S.W. 62nd Avenue, Miami, FL 33155

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN/CORRECCIÓN A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Información del paciente a la enmienda solicitada:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información a ser modificada o corregida:

Corrección solicitada:

Apoyo a la enmienda solicitada:

[Sólo es necesario si la organización requiere que los pacientes proporcionen una razón para apoyar la enmienda solicitada.]

Recibirá una respuesta a su solicitud dentro de sesenta (60) días.

Si Nicklaus Children's Hospital no es capaz de responder a su solicitud dentro de los sesenta (60) días siguientes a la recepción de ésta solicitud, recibirá una declaración dentro de los sesenta (60) días que le permita saber cuándo recibirá una respuesta. En cualquier caso, usted recibirá una respuesta en un plazo no mayor de noventa (90) días de su solicitud original.

Usted no tendrá que renunciar a su derecho a solicitar una modificación como condición para el suministro de tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios.

No habrá represalias contra cualquier paciente para el ejercicio de su/su derecho a solicitar una modificación.

IMPRIMIR NOMBRE DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR

FECHA

