



Formulario de solicitud de modificación del paciente

NOTA: Las secciones A, B y C de este formulario se deben completar con firma y fecha (escriba claramente con letra de molde). La presentación de un formulario incompleto puede retrasar la tramitación de su solicitud.

Sección A | Información del paciente

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de expediente médico

Dirección postal actual

N.º de apartamento/
unidad

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de contacto

Dirección de correo electrónico (si tiene)

Sección B | Descripción de la información médica cuya modificación solicita:

NOTA: Si está inscrito en MyChart, el portal seguro en línea para pacientes de Albany Med Health System, podrá completar fácilmente la información de abajo. Si quiere inscribirse para completar más fácilmente la información de abajo, puede hacerlo [en mychart.albanymed.org](https://mychart.albanymed.org).

Fecha de servicio:

Nombre del centro: ☐ Albany Medical Center ☐ Columbia Memorial Health ☐ Glens Falls Hospital ☐ Saratoga Hospital

Tipo de información:

(Diagnóstico, visita en el consultorio, resumen del alta, etc.)

Nombre del proveedor:

Nombre/tipo de lugar:

(Hospital, especialidad o atención primaria, etc.)

1. ¿Cuál es el motivo de esta solicitud de modificación?

2. ¿Qué dice la información actual que cree que es incorrecta?

3. ¿Qué cambio en la documentación cree que mejoraría la exactitud de su información?

Sección C | Comprensión de su derecho a solicitar una modificación de su información médica:

Entiendo que tengo derecho a solicitar una modificación de la información médica que se mantiene en el conjunto de registros designados en el Albany Med Health System (AMHS). Entiendo que el AMHS no siempre está obligado a hacer las modificaciones que solicite; sin embargo, mi solicitud de modificación se revisará con cuidado y se harán las modificaciones cuando estén justificadas. Entiendo que recibiré una respuesta por escrito sobre mi solicitud de modificación en un plazo de 60 días. Si el AMHS deniega mi solicitud (total o parcialmente), recibiré una explicación de por qué se denegó y cuáles son mis opciones.

Firma del paciente/representante personal del paciente

Fecha

Envíe este formulario y cualquier documento adjunto aquí:

CORREO Albany Med Health System
Health Information Management
43 New Scotland Ave., MC 67
Albany, NY 12208-3555

FAX 518-580-2463

CORREO ELECTRÓNICO amhsmedicalrecordrequest@amc.edu