



**Devuelva el formulario completado a:**

White's Pediatrics  
ATTN: Chief Compliance Officer  
1575 Chattanooga Ave. Suite 1  
Dalton, GA 30720  
Fax: 706-876-2168

**SOLICITUD PARA CORREGIR MI INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_, solicito un cambio/s en el registro de mi visita a Whites Pediatrics, en la siguiente fecha/s de servicio \_\_\_\_\_.

Solicito el/los cambio siguiente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Solicito el cambio porqué: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Información del Paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Este formulario debe adjuntarse con el expediente medico del paciente.**



**Si usted no es el paciente, pero esta firmando en nombre del paciente, porfavor complete la siguiente información:**

Yo, \_\_\_\_\_, soy (marquee lo que aplique):

(Imprima su Nombre)

- Padre con derechos Parentales (*no suficiente para records de abuso de substancia*)
- Tutor designado por la Corte
- Agente de Salud legalmente designado (*no suficiente para records de abuso de substancia*)
- Poder Medico (*no suficiente para records de abuso de substancia*)
- Poder Notarial con derecho de ver record medico (*no suficiente para records de abuso de substancia*)
- Representante personal del difunto, asignado por la corte

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Debe adjuntar una prueba de autoridad para actuar en nombre del paciente como a indicado previamente (ademas de los padres)**

**Si desea que la respuesta sea enviada a un domicilio distinto, porfavor complete lo siguiente:**

Nombre de paciente/representante:

\_\_\_\_\_

Domicilio :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Entiendo que mi solicitud sera considerada, pero no puede ser otorgada si Whites Pediatrics determina que mi informacion protegida de salud:
  - a. No fue creada por Whites Pediatrics, almenos que proporcione una base razonable para creer que el autor de la información protegida ya no esta disponible para actuar en la enmienda solicitada;
  - b. No es parte de mi expediente medico o facturacion;
  - c. No estara disponible para mi para su inspeccion por las leyes aplicables sobre el acceso a la informacion de salud protegida; o
  - d. Es exacta y completa
2. Entiendo que recibire una respuesta entre los 60 dias para enmendar o rechazar mi solicitud.
3. Si Whites Pediatrics no puede actuar sobre la modificación en un plazo de 60 dias Whites Pediatrics puede extender el tiempo de actuar por no mas de 30 dias, siempre y cuando:
  - a. White's Pediatrics me envia por escrito la razon del retraso y la fecha por la cual Whites Pediatrics completara la accion sobre mi solicitud; y
  - b. Whites Pediatrics puede tener solo una extension de 30 dias para actuar en mi peticion.

**Este formulario debe adjuntarse con el expediente medico del paciente.**