|  |  |
| --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma** |

**Solicitud de Modificación de Información Protegida de Salud—Centro de Ciencias de Salud**

**Request for Amendment of Protected Health Information—Health Sciences Center**

NOTIFICACIÓN PARA EL PACIENTE: La solicitud para efectuar una modificación en su información protegida de salud ingresada en el registro correspondiente **solo** aplicará a la información utilizada por el Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma (*OU Health Sciences Center*). Si desea solicitar alguna modificación a su información protegida de salud mantenida por cualquier otra entidad de la Universidad, deberá presentar una solicitud por separado ante dicha entidad Universitaria.

|  |
| --- |
|  |
| Apellido: |  | Nombre: |  | Segundo Nombre: |  |
| Otros Nombres Usados: |  | Fecha de Nacimiento: |  |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | C.P.: |       |
| Teléfono Particular: | ( )       | Teléfono Alternativo: | ( )       | Teléfono Móvil: | ( )       |
|  |

Dirección donde desea que se le envíe la respuesta a esta solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Calle Ciudad Estado Cód. Postal

**MODIFICACIÓN SOLICITADA:**

Fecha del registro o información que desea modificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describa la información que desea modificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique la razón específica para solicitar la modificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito que la modificación mencionada anteriormente se realice en el registro correspondiente de mi información protegida de salud generada o mantenida por el o los siguientes prestadores del Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Médico u Otro Proveedor** | **Departamento/Clínica** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma \*Cargo, en caso de Representante Legal

\* Se podrá solicitar la documentación que acredite la representación legal.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Solicitud APROBADA** |
| **Su solicitud de modificación fue aprobada. Por favor, complete el formulario adjunto. Utilice el Formulario de Notificación - Modificación de Información Protegida de Salud para identificar a todas las personas o entidades que necesitan ser notificadas de la modificación de su información protegida de salud y envíenos el formulario.** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Solicitud RECHAZADA** |
| **Adjuntamos la Notificación de Rechazo para la Modificación de Información Protegida de Salud para más detalles.** |

University of Oklahoma Health Sciences Center, University Privacy Official, P. O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129