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

**Solicitud de Modificación de la Información Protegida de Salud — Campus Norman**

**Request To Amend Protected Health Information—Norman Campus**

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

**MODIFICACIÓN SOLICITADA:**

Fecha de la información que desea modificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información que desea modificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón específica para solicitar dicha modificación**:**

Solicito que la modificación mencionada anteriormente se realice en la información protegida de salud perteneciente al conjunto de registros determinados que crearon o conservan los siguientes proveedores o clínicas del Campus Norman de la Universidad de Oklahoma:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTIFICACIÓN PARA EL PACIENTE: Su solicitud para una modificación en su información protegida de salud que se mantiene en el registro designado es **solo** aplicable para la información mantenida por el Campus Norman de la Universidad de Oklahoma. 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.

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

Firma Fecha \*Cargo, en caso de Representante Legal

**\***Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante 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.** | |