

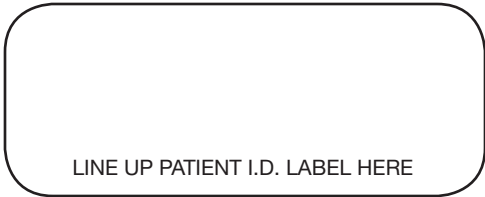


# ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE JUEGO DE HISTORIAL DESIGNADO

(Página 1 de 2)



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Local de la solicitud: \_\_\_\_\_ Historial médico/número de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Apt) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fechas de servicio: \_\_\_\_\_ Edificio/proveedor: \_\_\_\_\_

Documentos a modificarse: \_\_\_\_\_

Por favor explique qué parte del documento piensa que es incorrecta o incompleta. ¿Qué debe decir el documento y qué debe agregarse al documento? (Adjunte páginas o documentación adicionales si es necesario.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haga una lista de cualquiera a quién podríamos haber divulgado esta información en el pasado y a quien quisiera que le enviemos esta modificación si es aceptada

(NOMBRE) (DIRECCIÓN) (Apt/Oficina) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

(NOMBRE) (DIRECCIÓN) (Apt/Oficina) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Entiendo que mi solicitud de modificación será revisada por Orlando Health y que puede ser aceptada o denegada. Se me notificará por escrito el estado de la modificación a la dirección indicada anteriormente en el plazo de 60 días de mi solicitud. Si es aceptada, autorizo la divulgación de esta modificación e información relacionada del juego de historial designado para que se libere a las personas/entidades indicadas anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado Fecha Hora



# ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE JUEGO DE HISTORIAL DESIGNADO (Página 2 de 2)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

Solicitud recibida por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

¿Afecta esta solicitud al historial originado en un edificio de Orlando Health o una de sus afiliadas?

Sí  No (En caso negativo, proceda al proceso de denegación.)

El historial afectado por esta solicitud reside en:

Administración de la Información Médica

Servicios Financieros del Paciente

Empresa de Médicos de Orlando Health (Consultorio: \_\_\_\_\_)

Servicios de Rehabilitación (Local: \_\_\_\_\_)

Otro: (Nombre y local: \_\_\_\_\_)

Médico o departamento que creó el historial que requiere modificación: \_\_\_\_\_

Representante del médico o departamento que revisó la solicitud: \_\_\_\_\_

### Aceptado:

Se aprueba la modificación tal como se presentó.

Otras personas o Entidades que pueden haberse basado en el documento incorrecto

### Denegado

La Información médica personal (PHI) no se originó en Orlando Health ni en ninguna de sus afiliadas.

La PHI no es parte del juego de historial designado.

La PHI no está disponible para la inspección del paciente de conformidad con la ley federal.

Otro (documentar motivo a continuación):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del revisor

Fecha

Hora

COMMUNICATION ASSISTANCE PROVIDED (Please Print)		
QUALIFIED INTERPRETER	QUALIFIED BILINGUAL TEAM MEMBER	ASSISTING VISUALLY IMPAIRED
Team Member Name & I.D.: _____	Team Member Name & I.D.: _____	Team Member/Reader Name & I.D.: _____
Agency/Interpreter Name and/or I.D.: _____	Language: _____	Other: _____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person Language: _____		