

**SOLICITUD DE CORRECCIÓN O MODIFICACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Como consumidor de servicios con RiverValley Consulting Services, Inc. y sus Afiliadas, usted puede solicitar una enmienda para corregir información de salud inexacta o incompleta mantenida en los registros de tratamiento y facturación que utilizamos para tomar decisiones de atención médica y de pago sobre usted. Si desea solicitar una enmienda, complete la primera página de este formulario y envíela a: Oficina de Privacidad HIPAA, RiverValley & Afiliadas, P.O. Box 1637, Owensboro, KY 42302.

Se emitirá una respuesta dentro de sesenta (60) días, a menos que se requiera una extensión y se le notifique del retraso y el motivo. En ningún caso la extensión será mayor de 30 días.

Por favor, escriba la siguiente información.

Nombre del consumidor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre o tutor legal: _____ Relación/Estado: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Describa el tipo de entrada que se debe enmendar, la fecha de la entrada y la ubicación del centro, si se conoce:

Explique cómo la entrada es inexacta o incompleta:

Especifique qué debería decir la entrada para ser más precisa o completa (puede adjuntar información adicional si es necesario).

Si decidimos cambiar la información de salud según lo solicitado, enviaremos el cambio a cualquier persona que haya recibido la información antes de que fuera modificada. Por favor, indíquenos si existen tales personas que necesiten la información corregida.

☐ No. Iniciales aquí: _____

☐ Sí. Por favor, enumere los nombres y direcciones de dichas personas a continuación:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

También enviaremos la enmienda a otras personas que sepamos recibieron la información antes de que se cambiara, si dependieron o podrían depender de esa información en el futuro en detrimento suyo (daño). ¿Está de acuerdo con esto?

☐ No. Iniciales aquí: _____

☐ Sí. Iniciales aquí: _____

Firma del consumidor o representante legal

Fecha de la solicitud

Estado o relación del representante legal: _____

Acción/Comentarios a la Solicitud de Enmienda de PHI:

La acción debe tomarse dentro de sesenta (60) días de la recepción de la solicitud.

____ Solicitud aceptada

____ Solicitud denegada por el siguiente motivo*:

____ La información no fue creada por esta organización.

____ La información es precisa y completa.

____ La información no forma parte de su conjunto de registros designados.

____ Según la ley, se le restringe el acceso o la modificación de esta información.

____ RIVERVALLEY solicita una extensión de 30 días para responder debido a:

Comentarios del proveedor de atención médica que brindó los servicios:

Nombre del miembro del personal que completa el formulario: _____

Título/Programa/Ubicación: _____

Firma del proveedor de atención médica que brindó el servicio Date

* If the request has been denied, in whole or in part, you have the right to submit a written statement disagreeing with the denial to the practice, ATTN: **HIPAA Privacy Office, RiverValley & Affiliates, P.O. Box 1637, Owensboro, KY 42302**. If you do not provide us with a statement of disagreement, you may request, **in writing**, that we provide a copy of your original request for amendment and our denial with future disclosures of the protected health information that is the subject of the requested amendment. Additionally, you may file a complaint with our Office of Consumer Affairs by calling 270-689-6500 or the Secretary of the U.S. Department of Health & Human Services.

El ____ (fecha), ____ (nombre) presentó una declaración de desacuerdo con la denegación de RIVERVALLEY de su solicitud de enmienda fechada _____

RIVERVALLEY responde a esta declaración de desacuerdo de la siguiente manera:

Firma y título

Date

INTERNAL PURPOSES ONLY:

Date Request Received: _____

Time extension required: _____ Yes _____ No

Date of Notification of Decision: _____

Date: _____ Staff initials: _____ All entities notified of Amendment.