



KAISER PERMANENTE®

**SOLICITUD DE CORRECCIÓN O CAMBIO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE KAISER PERMANENTE REGIÓN NORTE DE CALIFORNIA**

N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

IMPRINT AREA

Encontré que la siguiente información de atención médica de mi historia clínica es incorrecta o está incompleta y solicito que se corrija o se cambie esa información.

Fecha de la historia clínica: \_\_\_\_\_ Nombre del proveedor/ubicación: \_\_\_\_\_

Indique qué información es incorrecta o está incompleta y qué debe incluir la información para que este completa y correcta. La solicitud para la corrección corresponde a mi  historia clínica hospitalaria o a  la historia clínica de mi consultorio médico.

Entiendo que Kaiser Permanente revisará mi solicitud de corrección o cambio de historia clínica y responderá dentro de un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de recepción, excepto en circunstancias inusuales.

Entiendo que un cambio o una corrección se hace de una manera que conserva el contenido original, pero que claramente indica el contenido corregido.

Al marcar esta casilla  solicito que se agregue un anexo a mi historia clínica. Entiendo que al hacer esto, este anexo será divulgado con todas las solicitudes futuras para mis registros.

Al marcar esta casilla  solicito que se nos proporcione una copia de cualquier corrección/cambio a mí y a las siguientes personas/entidades que sé que recibieron la información previamente y podrían basarse en ella.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del paciente/representante autorizado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente si no es el paciente \_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal, correo electrónico). La determinación final será devuelta por correo electrónico seguro si se proporcionó un correo electrónico.

Nombre/contacto de personas/entidades para mandar la información corregida: \_\_\_\_\_

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UN PROVEEDOR O REPRESENTANTE DE KAISER PERMANENTE Y DEVUELTA AL PACIENTE A LA DIRECCIÓN PROPORCIONADA ARRIBA DENTRO DE UN PLAZO DE SESENTA (60) DÍAS.**

La corrección/cambio fue:  Aceptado  Rechazado

Descripción de corrección/cambio: \_\_\_\_\_

Si fue rechazado, marque la razón de la denegación:

- La información médica existente es precisa y está completa.
- Esta información médica no fue creada por esta organización.
- Esta solicitud no era parte de los registros de atención médica del paciente.
- La historia clínica ya no existe o no se puede encontrar.

Revisé esta solicitud de corrección/cambio y respondí con la decisión indicada arriba.

Nombre del proveedor (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



KAISER PERMANENTE®

**SOLICITUD DE CORRECCIÓN O CAMBIO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE KAISER PERMANENTE REGIÓN NORTE DE CALIFORNIA**

N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

IMPRINT AREA

Multiple horizontal lines for text entry.

Solicito que este anexo sea parte de mi historia clínica. Entiendo que al hacer esto, este anexo será divulgado con todas las solicitudes futuras para mi historia clínica.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_



KAISER PERMANENTE®

**SOLICITUD DE CORRECCIÓN O CAMBIO  
DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE  
KAISER PERMANENTE REGIÓN NORTE  
DE CALIFORNIA**

N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

IMPRINT AREA

Si su proveedor aprobó/aceptó su solicitud y usted marcó la casilla para solicitar que se le proporcione una copia de la información corregida/cambiada, se le enviará una copia por correo electrónico o por correo a su dirección postal registrada dentro de un plazo de 60 días posteriores a la finalización de las correcciones.

El formulario completado con la determinación de su proveedor se le enviará por correo electrónico o por correo a su dirección postal registrada dentro de un plazo de 60 días.

Si marcó la solicitud para que se adjunte el anexo por escrito a su historia clínica y proporcionó ese anexo por escrito con este formulario, el anexo se adjuntará a su historia clínica dentro de un plazo de 10 días hábiles posteriores a la revisión completa del proveedor. El anexo y la solicitud de cambio se incluirán en toda divulgación futura pertinente de su información.

Si proporcionó los nombres y la información de contacto de las personas/entidades que desea que reciban una copia de su información corregida, les enviaremos esa información dentro de un plazo de 10 días hábiles posteriores a la determinación final de su proveedor si se aprueba el cambio.

Si su proveedor denegó su solicitud porque la información existente a) es precisa y está completa; b) la información no fue completada por esta organización; c) la información ya no existe, no se puede encontrar, o d) no es parte de sus registros de atención médica y no está de acuerdo con la decisión, tiene las siguientes opciones disponibles:

1. Solicite una reconsideración y apelación de la denegación, o
2. Complete una declaración escrita de desacuerdo para incluirla en su historia clínica.

Ambas opciones se pueden iniciar llamándonos al: 1-800-464-4000.

Kaiser Permanente respeta su derecho a presentar una queja. Si tiene alguna pregunta o inquietud, o si desea presentar una queja ante nosotros, llámenos al 1-800-464-4000.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos por medio de la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019.