

**更正或修改申请KAISER PERMANENTE  
健康信息北加州地区**

医疗记录编号: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

电子邮箱: \_\_\_\_\_

印记区域

本人发现本人健康记录中的如下医疗保健信息有误或不完整并且申请更正或修改此类信息。

记录日期: \_\_\_\_\_ 提供者名称/地址: \_\_\_\_\_

请说明什么信息有误或不完整以及应该添加什么信息使其完整或准确。此更正申请适用于本人的  医院记录或  医疗诊所记录

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

本人明白Kaiser Permanente将审查本人的记录更正或修改申请并且在收到申请后六十 (60) 天内作出回复，除非出现特殊情况。

本人明白 修改或更正记录时会 保留 原始内容，但 会清楚说明修改的内容。

勾选此框即表明  本人申请在本人的医疗记录中添加（附加）附录。本人明白这意味着此附录将与本人未来所有的记录申请一同披露。

勾选此框即表明  本人申请将任何更正/修改的副本提供给本人以及下列曾收到原始信息并且可能依靠此信息的个人/实体。

日期 \_\_\_\_\_ 患者/授权代表签名 \_\_\_\_\_ 与患者关系（如不是患者本人） \_\_\_\_\_

地址（街道、城市、州、邮政编码、电子邮箱）。如果提供电子邮箱，则会通过安全电子邮件发送最终决议。

接收修改信息的个人/实体的名称/联络方式: \_\_\_\_\_

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

**此部分由KAISER PERMANENTE提供者或代表填写，并且在六十 (60) 天内返回给上述地址的患者。**

**更正/修改已被:**       接受       拒绝

更正/修改描述: \_\_\_\_\_

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

如果拒绝，请勾选拒绝理由：

- 现有健康信息准确且完整。
- 此健康信息不是由本组织创建。
- 此申请不在患者的医疗保健记录内。
- 此记录不再存在或无法找到。

本人已审查此更正/修改申请并且已回复说明上述决定。

提供者名称（工整填写） \_\_\_\_\_ 提供者签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_



**更正或修改申请KAISER PERMANENTE  
健康信息北加州地区**

医疗记录编号: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

电子邮箱: \_\_\_\_\_

如果您的申请已被您的提供者批准/接受, 并且您已勾选方框申请将更正/修改信息的副本提供给您, 我们将在更正完成后60天内通过电子邮件发送副本, 或将副本邮寄至您档案中的地址。

包含提供者决议的已填表格将在60天内发送至您的电子邮箱, 或邮寄至您档案中的地址。

如果您已勾选方框请求将您的书面附录加入您的记录中, 并且您已在此表中提供书面附录, 则将在提供者完成审查后10个工作日内将此附录加入您的记录中。所有与您信息相关的未来披露将包含附录和修改申请。

如果您提供希望收到您更正信息副本的个人/实体的名称和联系方式, 并且您的提供者批准修改, 我们将在提供者作出最终决议后的10个工作日内发送副本。

如果您的提供者已拒绝您的申请, 原因是现有信息a) 准确且完整; b) 此信息不是由该组织填写; c) 此信息不再存在、无法找到; d) 不在您的医疗保健记录内, 并且您对此决定有异议, 您有如下选择:

1. 申请复议并且对此拒绝提出上诉, 和/或
2. 填写书面的异议说明, 将其加入您的医疗记录中。

此两种方式均可通过致电我们来发起, 电话号码: 1-800-464-4000.

1. Kaiser Permanente尊重您提出投诉的权利。如果您有任何疑问、顾虑或想要对我们提出申诉, 请致电我们, 电话号码: 1-800-464-4000。

您还有权通过民权办公室 与健康 and 民众服务部联系, 电话是 1-800-368-1019。