

**Yale University School of Medicine**  
**Solicitud para enmienda de la PHI retenida en el expediente designado**  
**Request Amendment of PHI in Designated Record Set**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO                      NOMBRE                      SEG. INICIAL                      NOMBRE DE SOLTERA O OTRO NOMBRE USADO

FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_                      YNH# MRN# \_\_\_\_\_  
MES   DIA   AÑO

TELEFONO DURANTE EL DIA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_                      TELEFONO DURANTE LA TARDE: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

INFORMACION PARA SER ENMENDADA:

FECHA: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_

Explique como la información esta incorrecta o incompleta. ¿Que deberá decir la información para que esté correcta o completa?  
 (Usted puede juntar una pagina a este documento escrita en maquina de escribir de carácter impreso no menos de 10 puntos)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿De ser concedido, quisiera usted que esta enmienda sea enviada a cualquiera a quien su información ha sido revelada previamente?  
 Si este es el caso, por favor especifique el nombre o nombres y dirección o direcciones. Adjunte otra pagina indicando nombres y direcciones adicionales.

Nombre de Persona o Entidad (Name of Person or Entity)	Dirección (Address):	Yale Use: Date of Disclosure Uso de Yale: (Fecha de Revelación)	Signature of Yale Staff (Firma del empleado de Yale)

Entiendo que de ser concedido, Yale notificara a otras personas o asociados de negocio que conozca que tenga PHI mía que necesite ser enmendada y han confiado o pueden confiar aun me haga daño a mí mismo.

Entiendo que recibiré una copia de esta solicitud y que será procesada dentro de treinta (60) días o seré informado/a de la necesidad para una extensión de no más de treinta (30) días adicionales para que mi solicitud sea procesada.

Entiendo que esta solicitud para enmienda puede ser rechazada. Si este es el caso, yo tengo el derecho a someter una declaración escrita de mi desacuerdo al Oficial de Privacidad de Yale University. Esta declaracion debera estar escrito en maquina de escribir de carácter impreso no menos de 10 puntos.

Si no someto una declaración escrita de mi desacuerdo, entiendo que puedo pedir que la solicitud para enmienda y el rechazo sea revelada con cualquier divulgación que tenga que tenga que ver con la enmienda. Mi petición para este tipo de revelación será sometida por escrito al Oficial de Privacidad de Yale University.

Entiendo que puedo someter una queja acerca de mi solicitud para enmienda dentro de 180 días de haber sometido la solicitud a: Oficial de Privacidad, Universidad de Yale, P.O. Box 208337, New Haven, CT 06520

O podré mandar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente                      Fecha                      O                      Padres/guardian legal/representante personal                      Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación al paciente