

Yale University School of Medicine
Respuesta a Solicitud para Acceso o Enmienda de PHI Retenida en el Expediente Designado
Response to Request for Access to or Amendment of PHI in DRS

Patient Name: _____

YNHH MRN: _____

Fecha que la solicitud fue recibida: _____

Fecha que Respuesta fue dada: _____

En respuesta a su solicitud para acceso:

- Fecha de Cita para la Inspección: _____
- Una extensión de no más de treinta (30) días es necesaria para procesar su solicitud. La razón por la cual es _____ Usted recibirá una respuesta no mas tardar de _____.
- Solo una porción de su PHI ha sido revelada. La solicitud para revelación completa no pudo ser concedida por: _____
- Su solicitud para revelación de su PHI ha sido rechazada por las siguientes razones:
 - La PHI que usted ha solicitado no fue creada por esta organización. Creemos que estos expedientes están mantenidos por:
 Nombre: _____
 Direccion1: _____
 Direccion2: _____
 - La PHI que usted ha solicitado no es parte de su expediente
 - La PHI que usted ha solicitado no esta disponible para su acceso bajo la ley federal o estatal
 - La PHI que usted ha solicitado no esta completa o correcta

En respuesta a su solicitud para enmienda:

- La información en su expediente medico o de factura ha sido enmendada, en la manera que usted lo solicito, y la enmienda ha sido hecha parte de su expediente permanente.
- Una extensión de no más de treinta (30) días es necesaria para procesar su solicitud. La razón por la cual es _____ Usted recibirá una respuesta no mas tardar de _____.
- Su solicitud para enmienda ha sido hecha parte de su expediente medico o de factura permanente, pero la enmienda ha sido rechazada por las siguientes razones:
 - La PHI que usted ha solicitado ser enmendada no fue creada por esta organización
 - La PHI que usted ha solicitado ser enmendada no es parte de su expediente
 - La PHI que usted ha solicitado ser enmendada no esta disponible para su acceso bajo la ley federal o estatal
 - La PHI que usted ha solicitado ser enmendada no esta completa o correcta

 FIRMA DEL MEDICO

 FECHA

 TITULO

Revelaciones adicionales de su PHI enmendado:

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)

Process Date	Number of Copies	Fee Collected	Received By

