

Información importante sobre este formulario traducido

Lea esta página antes de repasar su formulario

Está recibiendo:

- Una **versión traducida** de este documento para su **repaso y comprensión**, y
- Una versión en inglés del mismo documento, que es el **formulario oficial**.

¿Por qué recibo una copia traducida?

El documento traducido se proporciona para ayudarlo a entender la información en el formulario. Está destinado a apoyar la comunicación clara y la toma de decisiones informada.

¿Qué formulario necesito firmar o enviar?

☒ **Solo la versión en inglés de este formulario puede firmarse y enviarse para su procesamiento.**

La versión traducida es solo para referencia y no es procesada.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

Si tiene preguntas o quiere ayuda para comprender el formulario, comuníquese con Health Information Management, Documentation Integrity al 203-688-2813. Hay disponible asistencia lingüística gratuita.

Solicitud de modificación de expediente médico (Request for Amendment to Medical Record)

Yale Medicine

Yale
New Haven
Health

La siguiente información se presenta para tratar una preocupación relacionada con la exactitud de mi expediente médico. Esta solicitud tiene como objetivo tratar información inexacta o incorrecta en mi expediente médico que sea clínicamente pertinente. Compartirán mi solicitud con el proveedor de origen para su revisión y resolución. Entiendo que mi solicitud de modificación puede aceptarse en su totalidad o parcialmente si existen varias preocupaciones o denegada si la información se considera completa y precisa como se registró. Si aceptan una solicitud de modificación, podrán modificar el registro original o hacer un registro separado para corregir o aclarar el registro original según se considere apropiado.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Describa lo que cree que está incorrecto o inexacto:

Complete el archivo adjunto para proporcionar un desglose detallado de los registros específicos en su expediente médico que quiere que revisen para su corrección o modificación.

Derechos de la HIPAA: Entiendo que tengo derecho a pedir esta modificación. Responderán mi solicitud en el plazo de 60 días o me informarán por escrito sobre la necesidad de una extensión de no más de 30 días para procesar la solicitud. Entiendo que los clínicos responsables revisarán esta solicitud de modificación y podrían denegarla según las reglas aplicables. Si la deniegan, me informarán por escrito y tendré derecho a presentar una declaración por escrito de desacuerdo cuando reciba la denegación. YNHHS proporcionará este formulario y acompañará cualquier revelación futura de mi expediente médico según una autorización para revelar mi expediente médico. Además, entiendo que tengo derecho a presentar una queja ante el director de privacidad de Yale New Haven Health o Yale Medicine o presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. relacionada con mi solicitud de modificación.

Indique los nombres de las personas/entidades a las que se deba informar de la modificación de su expediente médico, en caso de que actualmente estén recibiendo su información médica. Si se aprueba, enviaremos su expediente médico modificado a las personas/entidades que se listan abajo.

Nombre de la persona o entidad	Dirección

Firma del paciente o del representante autorizado**

Fecha

Si no es paciente, indique la relación: _____

**Debe entregar prueba de autoridad legal (excepto los padres de un menor)

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A:

Correo electrónico: AmendmentRequest@ynhh.org o

Por correo a: Yale New Haven Health, HIM Documentation Integrity, PO Box 9565, New Haven, CT 06535

DEVUELVA LA RESPUESTA A LA MODIFICACIÓN DE YNHHS MEDIANTE: ☐ MyChart ☐ Correo electrónico seguro
☐ Correo postal de Estados Unidos

Respuesta de YNHHS a la solicitud de modificación:

Fecha: _____

La solicitud de modificación está: ☐ Aceptada ☐ Parcialmente aceptada ☐ Denegada

Si la denegaron, motivo de la denegación (marque uno):

- ☐ La información se considera precisa y completa ☐ La información no la crearon nuestras organizaciones
☐ La información no está disponible para que el paciente acceda por ley federal ☐ La información no forma parte del conjunto de expedientes designados



YHS000509

Translated versions are not part
of the legal medical record – Patient copy only.

YHS000509_Spanish (Rev. 04/26)
Available in Spanish

Solicitud de modificación de expediente médico
(Request for Amendment to Medical Record)

Nombre del paciente: _____

Fecha del servicio	Nombre del proveedor	Información del registro incorrecto	Corrección sugerida
		Tipo de nota: _____	
		Tipo de nota: _____	
		Tipo de nota: _____	
		Tipo de nota: _____	
		Tipo de nota: _____	
		Tipo de nota: _____	

Request for Amendment to Medical Record

Yale Medicine

Yale
NewHaven
Health

The following information is being submitted to address a concern regarding the accuracy of my health record. This submission is to address inaccurate or incorrect information in my medical record that is clinically relevant. My request will be shared with the originating provider for review and determination. I understand my request for amendment may be accepted, partially accepted if there are multiple concerns, or denied if the information is considered complete and accurate as recorded. If an amendment request is accepted, the original entry may be modified or a separate entry may be made to correct or clarify the original entry as deemed appropriate.

Patient Name: _____ DOB: _____
First MI Last

Address: _____
Street City State Zip

Phone Number: _____ Email Address: _____

Describe what you feel is incorrect or inaccurate:

Complete the attachment to provide a detailed accounting of the specific entries in your medical record which you would like to have reviewed for correction/amendment.

HIPAA Rights: I understand I have a right to request this amendment. My request will be responded to within 60 days, or I will be informed in writing of the need for an extension of not more than 30 days to process the request. I understand that this request for amendment will be reviewed by the responsible clinician(s) and may be denied pursuant to applicable rules. If denied, I will be informed in writing and have the right to submit a written Statement of Disagreement upon receipt of a denial. This form will be provided by YNHHS and will accompany any future disclosures of my medical record pursuant to an authorization for release of my medical records. I further understand that I have a right to file a complaint to the Privacy Officer of Yale New Haven Health and/or Yale Medicine or file a complaint to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services concerning my request for amendment.

Please provide the names of any individuals/entities who should be notified of the amendment to your medical record if they are currently in receipt of your medical information. If accepted, your amended medical record set will be sent to the individuals/entities listed below.

Name of Person or Entity	Address

Signature of Patient or Authorized Representative**

Date

If not patient, please indicate relationship: _____

****Must provide proof of legal authority (except parent of a minor)**

SUBMIT THE COMPLETED FORM TO:

Email: AmendmentRequest@ynhh.org or

Mail to: Yale New Haven Health, HIM Documentation Integrity, PO Box 9565, New Haven, CT 06535

PLEASE RETURN THE YNHHS AMENDMENT RESPONSE BY MEANS OF: ☐ MyChart ☐ Secure Email ☐ U.S. Mail

YNHHS Response to Amendment Request:

Date: _____

Amendment Request is ☐ Accepted ☐ Partially Accepted ☐ Denied

If denied, reason for denial (check one):

☐ Information considered accurate and complete

☐ Information is not available for patient to access by federal law

☐ Information not created by our organizations

☐ Information is not part of designated record set



YHS000509

YHS000509_English (Rev. 04/26)
Available in Spanish

Request for Amendment to Medical Record

Patient Name: _____

Date of Service	Provider Name	Details of Incorrect Entry	Suggested Correction
		Note Type: _____	
		Note Type: _____	
		Note Type: _____	
		Note Type: _____	
		Note Type: _____	
		Note Type: _____	