



Banner Health®

SOLICITUD PARA CORREGIR O AÑADIR INFORMACIÓN A SU EXPEDIENTE MÉDICO REQUEST TO AMEND OR SUPPLEMENT RECORDS

Por favor complete la información siguiente:

1. Nombre del paciente: _____ 2. Fecha de nac.: _____
3. Núm. de expediente médico: _____ 4. Hospital o centro de salud: _____
5. Dirección del paciente: _____
6. Fecha(s) de la información que debe corregirse (p.ej. fecha de la visita, tratamiento o servicios médicos):

7. Describa la información que quiere que se corrija o se agregue (p.ej., historial y chequeo médico, notas del médico): _____
8. Por favor, describa cómo la información es incorrecta o incompleta ¿Qué debería decir la anotación para ser más correcta o completa? (Use hojas extras si las necesita y adjúntelas a este formulario):

Con su permiso, los centros de salud de Banner Health harán su mejor esfuerzo para notificar a las personas u organizaciones que puedan haber recibido todo o parte de su expediente.

9. ¿Le gustaría que se envíe esta corrección a cualquier persona que haya recibido esta información en el pasado? Sí No Si sí, por favor escriba los nombres y direcciones de las organizaciones o personas:

Entiendo que mi solicitud será considerada, pero puede no ser concedida si Banner Health determina que mi información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) o el expediente relacionado a esta solicitud:

No fue creado por Banner Health o sus socios comerciales. No es parte de mi expediente médico o mi expediente de facturación. No estará disponible para que yo lo revise bajo las leyes relacionadas a la información de salud protegida o el expediente está correcto y completo.

Leí la información anterior y entiendo mi derecho de solicitar que se corrija o añada información a mi expediente. Por medio de la presente solicito que Banner Health corrija o añada información a mi expediente y autorizo a Banner Health a notificar a las otras personas u organizaciones mencionadas anteriormente y a notificar a las personas u organizaciones que Banner Health identifique.

Firma del paciente o su representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente





**REQUEST TO AMEND
OR SUPPLEMENT RECORDS**

Please fill in the following information:

- 1. Patient Name: _____ 2. Birth Date: _____
- 3. Medical Record #: _____ 4. Facility: _____
- 5. Patient Address: _____
- 6. Date(s) of information to be amended (e.g., date of office visit, treatment or other health care services):

- 7. Describe the information you want amended/supplemented (e.g., history & physical, physician notes):

- 8. Please explain how the entry is incorrect or incomplete. What should the entry say to be more accurate or complete? (Use additional sheets if needed and attach to this form): _____

With your permission, Banner Health facilities will make their best efforts to notify persons or organizations who may have received all or part of your record.

- 9. Would you like this amendment sent to anyone who received the information in the past? Yes No
If yes, please specify the name(s) and address(es) of the organization(s) or individual(s): _____

I understand that my request will be considered, but may not be granted if Banner Health determines that my protected health information (PHI) or record that is subject to this request was:
Not created by Banner Health or its business associates; Is not part of my medical or billing record; Would not be available for me for inspection under applicable law dealing with access to protected health information; Or is inaccurate or complete.

I have read the above and understand my right to request to amend or supplement my records. I hereby request that Banner Health add this amendment/supplement to my records and authorized Banner Health to notify other persons or organizations I have listed above, and to notify persons or organizations identified by Banner Health to notify other persons or organizations I have listed above, and to notify persons or organizations identified by Banner Health.

Signature of Patient or Legally Authorized Representative

Date

Print Name

Relationship to Patient



Banner Health®

**SOLICITUD PARA CORREGIR O
AÑADIR INFORMACIÓN A SU EXPEDIENTE MÉDICO
REQUEST TO AMEND
OR SUPPLEMENT RECORDS**

Para uso interno únicamente/ For Internal Use Only:

Fecha recibida: _____

- Su solicitud ha sido aprobada y se hará la corrección o se añadirá la información a su expediente permanente
- Esta solicitud para corregir información ha sido incluida como parte de su expediente permanente; su solicitud de corrección de su expediente médico ha sido denegada debido a la siguiente(s) razón(es):

_____ La PHI no fue creado por esta organización

_____ La PHI no es parte del expediente del paciente

_____ La PHI está correcto y completo

_____ La PHI no está disponible para que el paciente lo revise como lo exige la ley (por ejemplo las notas de psicoterapia)

Comentarios: _____

Iniciales/Lawson: _____

Fecha de revisión: _____

**Instrucciones para llenar la solicitud para
CORREGIR O AÑADIR INFORMACIÓN AL EXPEDIENTE MÉDICO**

1. Escriba con letra de molde claramente y use un bolígrafo de tinta negra o azul.
2. Firme y ponga la fecha en la solicitud.
3. Envíe la solicitud completa al departamento correspondiente (HIMS, el contacto del centro para HIPAA o la Oficina Administrativa).
4. Usted recibirá una fotocopia de la solicitud, como acuse de recibo, a más tardar 10 días hábiles después que Banner Health (BH) reciba su solicitud.
5. Se le notificará la aceptación o negación de su solicitud.
6. Si usted accede a permitir que BH divulgue cualquier información corregida y su solicitud es aceptada:
 - a. BH hará su mejor esfuerzo para enviar cualquier información corregida o agregada a cualquier persona que BH sepa que recibió esta información en el pasado y que haya confiado, o pueda confiar en esa información en su detrimento.
 - b. BH hará su mejor esfuerzo para mandar la información corregida o modificada a aquellas personas, entidades u organizaciones que usted identifique y que necesiten recibir la corrección o modificación.
7. Si su solicitud es denegada, usted puede hacer lo siguiente:
 - a. Presentar al departamento correspondiente (HIMS, el contacto del centro para HIPAA o la Oficina Administrativa) una declaración escrita de una página donde manifieste su desacuerdo con la negación y las bases para su desacuerdo.
 - b. Si no presenta la declaración manifestando su desacuerdo, puede solicitar que BH incluya esta solicitud para corregir o modificar (o un resumen) y la denegación con cualquier divulgación de información futura.
 - c. BH tiene el derecho de presentar una respuesta por escrito a cualquier declaración de desacuerdo. Se le dará una copia de la respuesta. Cualquier respuesta por escrito de BH no está sujeta a correcciones o modificaciones.
8. Si tiene alguna queja sobre las políticas y procedimientos de BH respecto a su información de salud protegida, puede presentar una queja con la Administración o el Departamento de Relación con el Paciente, llame al conmutador al 602-747-4000 y transferirán su llamada al centro correspondiente, o al departamento de Servicios de Salud y Humanos, a la Oficina de Derechos Civiles, le proporcionaremos las direcciones si lo solicita.
9. Este formulario y la información subsecuente correspondiente a esta solicitud será parte de su expediente médico permanente.
10. Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su información médica. No tomamos ninguna represalia si usted decide presentar una queja.



REQUEST TO AMEND OR SUPPLEMENT RECORDS

For Internal Use Only:

Date Received: _____

- Your request has been granted and an amendment/supplement will be made to your permanent record
- This request for amendment has been made part of your permanent record; however, your request to amend your health record directly has been denied for the following reason(s):

_____ PHI not created by this organization _____ PHI is not part of the patient's health record _____ PHI is accurate and complete
_____ PHI is not available to the patient for inspection as required by law (e.g. psychotherapy notes)

Comments: _____

Initials/Lawson: _____

Date of Review: _____

Instructions for Completing REQUEST TO AMEND OR SUPPLEMENT RECORDS Form

1. Print legibly in all fields using dark permanent ink.
2. Sign and date the request.
3. Submit the completed and signed form to the applicable department (HIMS/HIPAA Facility Contact or the Business Office).
4. You will receive a photocopy of your completed form, as an acknowledgement of receipt of your request, no later than 10 business days after Banner Health (BH) receives your request.
5. You will be notified of the acceptance or denial of your request.
6. If you agree to allow BH to release any amended information and if your request to amend is accepted:
 - a. BH will make their best efforts to send any amended or corrected information to anyone who BH knows received this information in the past and who may have relied, or is likely to rely, on such information to your detriment.
 - b. BH will make their best efforts to send the correction or amendment to those individuals or entities/ organizations you identify and who have a need for the correction or amendment.
7. If your request is denied, you may do the following:
 - a. Submit to the applicable department (HIMS/HIPAA Facility Contact or the Business Office) a one page written statement disagreeing with the denial and the basis of such disagreement.
 - b. If you do not submit a statement of disagreement, you may request that BH provide this request for correction or amendment (or summary) and the denial with any future disclosures.
 - c. BH has the right to prepare a written rebuttal to any statement of disagreement. You will be provided a copy of any rebuttal statement. Any written rebuttal prepared by BH is not subject to correction or amendment.
8. If you have a complaint about BH policies and procedures regarding health information, you may file such a complaint with Patient Relations/Administration by calling our main switchboard at 602-747-4000 and they will direct your call to the appropriate facility; the Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, we will provide you with the address upon request.
9. This form and subsequent information pertaining to this request will become part of your permanent health record.
10. We support your right to protect the privacy of your medical information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint.