|  |  |
| --- | --- |
| ou-logo | **Universidad de Oklahoma** |

**Solicitud de Modificación de Información Protegida de Salud — Centro de Ciencias de Salud**

**Request To Amend Protected Health Information—Health Sciences Center**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido: | |  | | | | Nombre: |  | | | Segundo Nombre: | | | | |  | |
| Otros Nombres Usados: | | | |  | | Fecha de Nacimiento: | | |  | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | Ciudad: |  | | | Estado: | |  | Código Postal: | | |  |
| Teléfono Particular: | | | ( ) | | Teléfono Alternativo: | | | ( ) | | | Teléfono Móvil: | | | ( ) | | |
|  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |

Dirección donde desea que se envíe la respuesta a esta solicitud:

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

Calle Ciudad Estado Código Postal

**MODIFICACIÓN SOLICITADA:**

Fecha de la información que desea modificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información que desea modificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón específica para solicitar dicha modificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito que la modificación mencionada anteriormente se realice en la información protegida de salud perteneciente al conjunto de registros determinados que crearon o conservan los siguientes proveedores o clínicas del Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma:

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

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

NOTIFICACIÓN PARA EL PACIENTE: La solicitud para efectuar una modificación en su información protegida de salud ingresada en el registro correspondiente **solo** aplicará a la información utilizada por el Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Oklahoma (*OU Health Sciences Center*). Si desea solicitar alguna modificación a su información protegida de salud mantenida por cualquier otra entidad de la Universidad, deberá presentar una solicitud por separado ante dicha entidad Universitaria.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma Fecha \*Cargo, en caso de Representante Legal

**\***Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Solicitud APROBADA** |
| **Su solicitud de modificación fue aprobada. Por favor, complete el formulario adjunto. Utilice el Formulario de Notificación - Modificación de Información Protegida de Salud para identificar a todas las personas o entidades que necesitan ser notificadas de la modificación de su información protegida de salud y envíenos el formulario.** | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Solicitud RECHAZADA** |
| **Adjuntamos la Notificación de Rechazo para la Modificación de Información Protegida de Salud para más detalles.** | |