

**SOLICITUD DE CORRECCION O ENMIENDA AL EXPEDIENTE CLINICO**  
**CENTRO CARADIOVASCULAR DE PR Y DEL CARIBE**

Número Expediente de Salud: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por la presente solicito la siguiente corrección o enmienda a mi expediente de Salud:**

Fecha de Nota o formulario para enmendar: \_\_\_\_\_

Tipo de nota / especificación de información a ser enmendado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, explique ¿por qué la nota esta incorrecta o requiere ser enmendada? ¿Qué debería decir la nota para ser más exacta o correcta?

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

**¿Esta enmienda debe ser enviada alguien a quien le hemos divulgado información en el pasado?**

     No      Si; si contesta Si, por favor especifique, de tener conocimiento, el nombre y dirección de la persona. En adición, el Área de Suministro de Información del Depto. de Información de Salud podrá verificar la divulgación de la información enmendada y enviar la notificación correspondiente.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha/ Hora

\_\_\_\_\_  
Recibida por: Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha/ Hora

**PARA USO OFICIAL DEL HOSPITAL**

Fecha de Recibo

Firma

Hora

**Si se denegó la enmienda solicitada, marque la razón de la denegación:**

- La Información no fue generada por el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe
- La información no es parte del expediente de Salud del paciente.
- La información es exacta y completa.
- La información no está disponible para inspección por el paciente como es requerido por la Ley Federal.  
Ej. Notas de Sicoterapia
- Otras: \_\_\_\_\_

**Enmienda fue aprobada por:**

- Director Médico/ \_\_\_\_\_
- Profesional de la Salud correspondiente a la enmienda: \_\_\_\_\_
- Administrador Depto. de Información de Salud: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

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

Nombre Persona Aprueba Enmienda

Puesto

Firma

Fecha

Hora