

Data Integrity Department
11000 E. 45th Avenue, Denver, CO 80239-3004



Phone: 303-404-4800
Fax: 303-404-4850

SOLICITUD PARA ENMENDAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LA SALUD

Instrucciones: Los pacientes deben presentar una solicitud por escrito para enmendar a su información confidencial de la salud. A Kaiser Permanente se le permite 60 días para dar respuesta a ésta solicitud.. (Envíe el formulario al departamento de Registros Médicos.)

Número de identificación de Kaiser Permanente _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____ Teléfono: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Razón por la enmienda:

Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado

Fecha

Nombre del Representante del Paciente (Letra de molde) y relación
(Favor de incluir documentos indicando autorización legal)

Fecha

Verificación de identificación con fotografía _____

Verificado por _____