

# Solicitud de enmienda de la información médica protegida



La información médica protegida (protected health information, PHI) incluye los medicamentos, las afecciones, etc. **No use este formulario para actualizar su dirección o número de teléfono.** Puede llenar un formulario de solicitud de cambio de dirección en línea, en [members.kp.org](https://members.kp.org) (haga clic en "Español").

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

He recibido mi información médica protegida. Considero que algunos de estos datos son incorrectos. Me gustaría que se realizaran cambios en las siguientes fechas de servicio y por los siguientes motivos.

Solicito que se corrijan o agreguen los siguientes datos en mi información médica con respecto a las fechas indicadas a continuación. (Para algunos cambios, como vacunas, puede requerirse documentación u otro tipo de comprobante).

(Use el otro lado si es necesario).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Nota: Es posible que se requiera una verificación de autoridad para hacer la solicitud.*

Entiendo que Kaiser Permanente puede o no agregar este anexo a mi información médica protegida en función de mi solicitud y bajo ninguna circunstancia puede modificar la documentación original de la información médica protegida. No obstante, esta solicitud de anexo se incorporará a mi información médica protegida permanente y se enviará como parte de mi expediente designado en respuesta a las solicitudes autorizadas de información médica.

Envíe este formulario por correo electrónico a: [nw.roi.amendments@kp.org](mailto:nw.roi.amendments@kp.org).

También puede enviarlo por correo postal a: Kaiser Permanente Northwest  
Attn: Release of Information Department  
500 NE Multnomah St., Suite 100  
Portland, OR 97232-2099