



ROIF  
CMC52525-001NS Rev. 6/2009

**CHILDREN'S MEDICAL CENTER**  
1935 Medical District Drive • Dallas, Texas 75235  
7609 Preston Road • Plano, Texas 75024  
Dallas (214) 456-7000 Legacy (469) 303-7000

**Solicitud de rectificacion de  
Informacion de salud**

N.º de expediente medico: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Todas las solicitudes deben dirigirse a la Administración de la Información de Salud para que se determine la acción que proceda. Las solicitudes para rectificar información clínica requieren la documentación de la revisión realizada por el personal médico o dental en la carta de concesión o denegación de solicitud de rectificación.**

Solicito que la información de salud del paciente citado sea rectificada como se describe en la presente. Comprendo que mi solicitud de rectificación puede ser o no ser aprobada. No se procesará la solicitud si no se incluye un motivo que la justifique. Recibiré respuesta a más tardar a los 60 días, contados a partir del recibo de la solicitud, a menos que me informen por escrito que se necesite una extensión de hasta 30 días.

**INFORMACIÓN A RECTIFICAR**

Identifique la(s) fecha(s) de la información que ha de cambiarse o rectificarse \_\_\_\_\_

Describa qué información debería cambiarse, rectificarse o añadirse. Sea específico.

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

Exponga los motivos que justifiquen su solicitud. Si corresponde, puede presentar copias de la documentación de respaldo.

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

Especifique el nombre y dirección de la persona u organización a quien se debería enviar esta rectificación, si fuera aprobada.

\_\_\_\_\_  
Nombre  
\_\_\_\_\_  
Calle  
\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Nombre  
\_\_\_\_\_  
Calle  
\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente / Padres / Tutor legal: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY PERSON PROCESSING REQUEST  
(ESTA PARTE LA LLENARÁ LA PERSONA QUE PROCESA LA SOLICITUD)**

Date received: \_\_\_\_\_ Received by: \_\_\_\_\_ Department: \_\_\_\_\_  
(Recibida el) (Recibida por) (Departamento)

Medical record number / account number \_\_\_\_\_  
(Número de expediente médico/ Número de cuenta)

Review required by: \_\_\_\_\_ Date submitted: \_\_\_\_\_ Date of response: \_\_\_\_\_  
(Revisión requerida por) (Fecha en que se presentó) (Fecha en que se responde)

See Agreement to or Denial of Amendment Request letter  
(Vea la carta de concesión o denegación de la solicitud de rectificación)