



STATE OF MISSOURI
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

SOLICITUD PARA ENMIENDA/CORRECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRE DEL INDIVIDUO		FECHA DE LA SOLICITUD	
DIRECCIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL		OTRA FORMA DE IDENTIFICACIÓN (P. EJ. DCN)	
CUÁL INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI EN INGLÉS) SE DEBE ENMENDAR/CORREGIR Y POR QUÉ			
ANOTACIÓN A ENMENDAR			
FECHA Y AUTOR DE LA ANOTACIÓN			
POR FAVOR, EXPLIQUE CÓMO ES QUE LA INFORMACIÓN ESTÁ INCORRECTA O INCOMPLETA. ¿QUÉ DEBERÍA EXPRESAR LA INFORMACIÓN PARA SER MÁS PRECISA O COMPLETA?			
¿LE GUSTARÍA ENVIARLE ESTA ENMIENDA A ALGUIEN A QUIEN HEMOS DIVULGADO ESTA INFORMACIÓN ANTERIORMENTE? SI ES ASÍ, POR FAVOR, ESPECIFIQUE EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN O INDIVIDUO.			
NOMBRE(S)		DIRECCIÓN(ES)	
<p>Entiendo que la División de Servicios Sociales puede que no enmiende la información de salud basado en mi solicitud, y bajo ninguna circunstancia la División de Servicios Sociales tiene permitido alterar mi expediente de salud original. En cualquier caso, esta solicitud para una enmienda se hará parte de mi expediente.</p> <p>NOTA: Si se niega la solicitud, usted puede presentar una declaración de desacuerdo por escrito al DSS Privacy Officer (Oficial de Privacidad da la División de Servicios Sociales), PO Box 1527, Jefferson City, MO 65102 para su revisión. Puede también presentar una queja con la oficina del gerente regional para derechos civiles, U.S. Department of Health and Human Services, 601 East 12th Street, Room 248, Kansas City, MO 64106.</p>			
FIRMA DEL REPESANTE PERSONAL O INDIVIDUO			FECHA
LA PARTE A CONTINUACIÓN SE LLENARÁ POR EL EMPLEADO QUE RECIBE LA SOLICITUD			
FECHA RECIBIDA	NOMBRE DEL EMPLEADO		DIVISIÓN/CONDADO
FIRMA DEL EMPLEADO			FECHA
SE ACEPTA LA ENMIENDA			
<input type="checkbox"/> Si se ha aceptado, siga las instrucciones en el siguiente cuadro e ignore el resto del formulario. Si la enmienda también incluye diferentes divisiones, el Oficial de Privacidad de la División coordinará.			
<input type="checkbox"/> Marque que una copia del formulario completado ha sido proporcionada al individuo, una copia al Oficial de Privacidad de la División y el formulario original se guardará en el expediente del individuo.			
SE RECOMIENDA NEGAR LA ENMIENDA. Marque las bases para la recomendación y envíela al Oficial de Privacidad de la División.			
<input type="checkbox"/> La Información de Salud Protegida no fue creada por esta organización.		<input type="checkbox"/> La Información de Salud Protegida no forma parte del conjunto designado del expediente del individuo.	
<input type="checkbox"/> La Información de Salud Protegida no está disponible para el individuo para revisión como lo permite la ley federal (p.ej. Apuntes de psicoterapia)		<input type="checkbox"/> La Información de Salud Protegida es precisa y completa.	
COMENTARIOS			
DECISIÓN DEL OFICIAL DE PRIVACIDAD DE LA DIVISIÓN			
<input type="checkbox"/> Se acepta la enmienda. Si se acepta, devuelva una copia del formulario completado al individuo y envíe el original para hacer la enmienda y archive en el expediente del individuo. Si la enmienda incluye diferentes oficinas o divisiones, consulte al Oficial de Privacidad de la División para coordinación.			
<input type="checkbox"/> Se niega la enmienda. Si se niega, envíe una copia del formulario completado al individuo y al Oficial de Privacidad de la División. Envíe el original al empleado para guardar en el expediente del individuo.			
FIRMA DEL OFICIAL DE PRIVACIDAD DE LA DIVISIÓN		DIVISIÓN	FECHA