



**DECLARACIÓN DE DESACUERDO/SOLICITUD
DE INCLUIR LA ENMIENDA Y EL RECHAZO
CON FUTURAS DIVULGACIONES**

Fecha: _____

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento: _____ No. de Registro Médico: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

Yo entiendo que (*nombre del hospital*) _____
_____ negó mi solicitud de cambiar mi información médica
protegida. Mi petición fue fechada el _____.

Marque solo una casilla a continuación:

Yo quiero presentar esta “Declaración de Desacuerdo.” Yo no estoy de acuerdo con la negación porque:

Entiendo que el hospital puede preparar una refutación por escrita a mi Declaración de Desacuerdo. Una “refutación” es una declaración *de por qué el hospital cree que mi Declaración de Desacuerdo está mal*. Si el hospital prepara una refutación por escrita, yo recibiré una copia.

Yo no quiero presentar una “Declaración de Desacuerdo” pero quiero que (*nombre del hospital*) _____
_____ incluya mi petición de enmienda (el cambio) y la
negación junto con todas las futuras divulgaciones de la información sujeta a mi petición de enmienda.

(de vuelta a la página)

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Firma: _____
(Firma del Paciente/Representante Legal)

Si firma una persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Escriba su nombre en letra de molde: _____
(Representante Legal)

Para obtener más información acerca de sus derechos de privacidad vea el “Aviso de Prácticas de Privacidad” disponibles en nuestra página en [] o en [] o en [] o envíe una solicitud por escrita a [].

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el hospital o con el Secretario del Departamento de Servicios de Salud de los Estados Unidos. Para presentar una queja con el hospital, comuníquese con []. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito.

Usted no será penalizado por presentar una queja.