

APPENDIX A

**PATIENT REQUEST FOR AMENDMENT OF RECORDS
SOLICITUD DEL PACIENTE DE ENMIENDA DE EXPEDIENTES**

You have the right to request that we amend most information in our records that may be used to make decisions about you and your treatment for as long as we maintain the information in our records. Please see our Notice of Privacy Practices for a more detailed description of your rights to request amendment of this information and the process we follow once we have received your request. To request an amendment to your records, complete and return the following request form.

Tiene derecho a solicitar que enmendemos la mayor parte de la información de nuestros registros que se pueda utilizar para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento mientras mantengamos la información en nuestros registros. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más detallada de sus derechos para solicitar una enmienda de esta información y el proceso que seguimos una vez que recibimos su solicitud. Para solicitar una enmienda a sus registros, complete y envíe el siguiente formulario de solicitud.

**PATIENT INFORMATION
INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Patient's Last Name: Apellido del paciente: _____	First Primer nombre: _____	MI Inicial/segundo nombre _____
Address: Dirección: _____ _____	Telephone: Teléfono	
	Daytime: día: _____	
	Evening: por la noche: _____	
	Email (optional): Correo electrónico (opcional): _____	

**AMENDMENT REQUEST
SOLICITUD DE ENMIENDA**

Please answer the following questions. You may attach a separate page if more space is needed.

Responda a las siguientes preguntas. Puede adjuntar una página independiente si necesita más espacio.

What information would you like to amend?

¿Qué información desea modificar?

How do you believe the information should be amended?

¿Cómo cree que debe modificarse la información?

Why do you believe the information should be amended? Please attach any supporting documentation, if needed. Your request may be denied if you do not provide a reason to support your request.

¿Por qué cree que la información debe modificarse? Adjunte cualquier documentación de apoyo, si es necesario. Su solicitud puede ser denegada si no proporciona un motivo para apoyar su solicitud.

Is this request being made because of an emergency or other urgent situation? If so, please describe the nature of the emergency or urgency below and the date you need the information amended. We cannot guarantee that we will meet your deadline, but we will do our very best to accommodate reasonable request.

¿Esta solicitud se realiza debido a una emergencia u otra situación urgente? En caso afirmativo, describa a continuación la naturaleza de la emergencia o urgencia y la fecha en que necesita modificar la información. No podemos garantizar que cumpliremos su plazo, pero haremos todo lo posible para satisfacer una solicitud razonable.

PATIENT UNDERSTANDING AND SIGNATURE
FIRMA Y COMPRENSIÓN DEL PACIENTE

By signing below, I am requesting that Maimonides Medical Center amend my health information as I have explained above.

Al firmar abajo, estoy solicitando que el Centro Médico Maimónides modifique mi información de salud como he explicado anteriormente.

_____ Signature of Patient or Personal Representative Firma del paciente o del representante personal	SEND COMPLETED FORM TO: ENVIAR FORMULARIO COMPLETADO A Maimonides Medical Center 4802 Tenth Avenue Brooklyn, New York 11219 Attn: HIS Department
_____ Print Name of Patient or Personal Representative Imprimir Nombre del paciente o representante personal	
_____ Date Fecha	
_____ Description of Personal Representative's Authority Descripción de la autoridad del representante personal	

For Maimonides Medical Center Use Only:

Date Received: (MM/DD/YY) ____/____/____

Disposition of Request: ____ GRANTED ____ DENIED ____ PARTIALLY DENIED

Patient Notified In Writing on This Date: (MM/DD/YY) ____/____/____

Name of HIS Department Staff Member Processing This Request: