



## Formulario de solicitud de corrección

**Revíselo antes de completarlo:** Este formulario se usa para pedir una corrección de información clínica incluida en un juego de expedientes médicos designados de un paciente. Este formulario no debe usarse para pedir correcciones de datos administrativos (p. ej., dirección, teléfono, etc.) no relacionados con información clínica. La aceptación/denegación de una solicitud de corrección se maneja a nivel del centro, y el personal clínico correspondiente está encargado de hacerlo. La Oficina de Privacidad da a conocer la determinación de la revisión clínica al solicitante, pero no participa en el proceso de determinación.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido de soltera u otro nombre

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de expediente médico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Centro visitado:** \_\_\_\_\_

**Dato que se va a corregir:** \_\_\_\_\_  
Fecha Tipo

**Explique en qué es incorrecto o está incompleto el dato y qué debería indicar para corregirlo (adjunte más hojas, si es necesario).**

**¿Quiere que se envíe esta corrección a alguien a quien le hayamos revelado la información en el pasado? De ser así, especifíquelo:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Entiendo que mi solicitud se procesará en los tiempos establecidos por la ley estatal o en un plazo de 60 días, lo que sea menor.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha Or Padre/madre/tutor designado/persona autorizada Fecha  
Relación con el paciente

### Para procesarlo de la forma más eficiente:

Envíe el formulario completado directamente al centro donde recibió los servicios para iniciar el proceso de revisión clínica. Dé documentación de respaldo y para la revisión clínica, si corresponde. Nuestra herramienta Location Finder (Localizador de centros) en Concentra.com tiene la información de contacto (teléfono, fax, dirección de correo) de los centros.

También puede enviar la solicitud a la Oficina de Privacidad de Concentra:

- Por correo postal: Concentra Privacy Office, 4714 Gettysburg Road, Mechanicsburg, PA 17055
- Por fax: 214-775-4408
- Por correo electrónico: [privacyoffice@concentra.com](mailto:privacyoffice@concentra.com)

### FOR INTERNAL USE ONLY

Facility: Refer to applicable internal procedure. Contact the Concentra [Privacy](#) Office with questions.

**Date request received:** \_\_\_\_\_ Mail In person Email Fax Facility \_\_\_\_\_

**Date submitted via Privacy Reporting Tool to Privacy Office:** \_\_\_\_\_ (Privacy will send the final determination letter)

**Amendment request has been:** Accepted Denied Partially Accepted (Note any accepted areas in comments)

#### If denied, reason for denial is:

- Information was not created by this organization
- Information is not a part of patient's designated record set
- Information is not available to the patient for access as required by federal law
- Information is complete and accurate

**Comments:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Record Author/Reviewing Clinician Title Date Phone Number

\_\_\_\_\_  
Signature of Operational Leadership Title Date Phone Number