



**Samaritan
Health
Services**

Patient Request for
Amendment of Medical Record
**Solicitud del paciente para
Enmienda en su Expediente
Médico**

Place Patient Label Here

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Expediente Médico

Esta es una solicitud para que Samaritan Health Services (SHS) modifique mi expediente médico.

Antes de firmar esta solicitud, por favor considere:

- SHS no puede modificar un expediente médico que no haya sido creado en sus instalaciones o por sus proveedores.
- Adjunte una copia del registro(s) que considere incompleto(s) o inexacto(s) para nuestra revisión.
- SHS solo modificará un registro médico si se encuentra incompleto o inexacto.

Sus derechos al solicitar una enmienda a su expediente médico:

- Usted tiene derecho a solicitar una modificación de su expediente médico de SHS.
- Usted tiene derecho a recibir una respuesta a esta solicitud dentro de 60 días. Si hay posibles retrasos en esa respuesta, se le notificará por escrito. Este retraso no puede ser superior a 30 días adicionales.
- Si no está de acuerdo con la respuesta de SHS a su solicitud de enmienda, puede presentar una solicitud por escrito que indique cómo desea que se modifique su expediente médico, esta se mantendrá en su expediente médico. SHS también puede documentar la respuesta a su solicitud, que también se incluirá en su expediente médico. Si esto ocurriera, se le proporcionará una copia de la declaración de SHS.
- Si su expediente médico se modifica en respuesta a su solicitud, su solicitud y cualquier declaración de seguimiento, así como las respuestas de SHS, se documentarán en su expediente médico.
- Usted tiene derecho a solicitar que, además de usted, se envíen copias de las enmiendas aprobadas a las personas o entidades de su elección. Indique a continuación dónde deben enviarse las copias:

Solicito la siguiente modificación de mi expediente médico: (sea específico y adjunte cualquier registro que indique los cambios solicitados):

Firma del paciente

Firma de la persona autorizada por la ley para firmar por el paciente

Fecha

Relación con el paciente

Testigo

Fecha

Envíe por correo, fax o deje el formulario lleno en los siguientes lugares - Health Information Management Dept. - ROI

**Good Samaritan
Regional Medical Center**
P.O. Box 2728
Corvallis, OR 97330
Fax: 541/768-9363

**Samaritan Albany
General Hospital**
1046 Sixth Ave. SW
Albany, OR 97321
Fax: 541/768-9363

**Samaritan Lebanon
Community Hospital**
P.O. Box 739
Lebanon, OR 97355
Fax: 541/768-9363

**Samaritan North/
Lincoln Hospital**
P.O. Box 767
Lincoln City, OR 97367
Fax: 541/768-9363

**Samaritan Pacific
Communities Hospital**
930 SW Abbey St.
Newport, OR 97635
Fax: 541/768-9363

Su derecho a presentar una queja de privacidad:

Las personas pueden presentar quejas de privacidad relacionadas con la denegación de una enmienda ante el Oficial de Privacidad de SHS o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Oficina de Derechos Civiles. Ver información de contacto a continuación:

Samaritan Health Services
Attn: Privacy Officer
3600 NW Samaritan Drive Corvallis, Oregon 97330
Phone (541) 768-2165
Email: privacy@samhealth.org

Office for Civil Rights, Region X
U.S. Department of Health and Human Services 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11
Seattle, Washington 98121 - 1831
Phone: (206) 615-2290

Scan to Epic ROI Module

HIM ROI Authorization with Description "Amendment Request"