CREIGHTON UNIVERSITY
SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario debe ser completado y enviado a: University Privacy Officer, Creighton University, 2500 California Plaza, Omaha, NE 68178. Se aceptan facsímiles en el (402) 280-3859. Las imágenes escaneadas pueden ser enviadas a privacy@creighton.edu.

A. **Paciente.** Por este medio solicito atentamente que Creighton University modifique el expediente de salud del siguiente paciente:

NOMBRE _____ **FECHA NAC.** _____

DIRECCIÓN _____ **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** _____

B. **Expediente a ser modificado:** Departamento cuyo expediente se solicita modificar (marque todas las opciones que correspondan):

- ❑ Creighton Dental Clinic
- ❑ Creighton Pediatric Therapy
- ❑ Creighton Specialty Pediatrics
- ❑ Creighton Clinic Pharmacy

C. **Modificación solicitada**. Por este medio solicito la siguiente modificación al expediente de salud del paciente:

_____

_____

_____

_____

D. **Objeto de la solicitud.** El motivo por el que solicito esta modificación es:

_____

_____

E. **Destinatario**. Después de hacer la modificación solicitada, atentamente solicito que Creighton University entregue la información modificada a las siguientes personas o entidades que recibieron el expediente de salud original

Nombre del destinatario: _____ Dirección del destinatario: _____

Nombre del destinatario: _____ Dirección del destinatario: _____

F. **Reconocimiento.** Mediante mi firma a continuación, reconozco la exactitud de la información proporcionada anteriormente.

_____ _____
Firma del paciente/ Representante personal Fecha

_____ _____
Parentesco entre el representante y el paciente (si es aplicable) Nombre del representante en letra de imprenta