

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 ☐ Creighton Therapy and Wellnes

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