



Solicitud para enmendar la información de salud protegida

Descripción: Este formulario se utiliza para solicitar un cambio en la información de salud protegida que mantiene el Condado de Travis.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 le otorga el derecho de solicitar una enmienda de cualquier información de salud protegida que el Condado de Travis mantenga en un conjunto de registros designado. Si cree que alguna parte de la información de salud protegida que el Condado de Travis mantiene es incompleta o inexacta, complete este formulario y devuélvalo a:

HIPAA Compliance and Privacy Office
700 Lavaca, Ste. 400 Austin,
TX 78701

También puede enviar un formulario escaneado por correo electrónico a:
privacy@traviscountytx.gov

Tenga en cuenta que el Condado de Travis denegará su solicitud de modificación de la información sanitaria protegida cuando:

- la información no fue creada por el Condado de Travis, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda y usted proporcione al Condado documentación a tal efecto.
- la información no forma parte de un conjunto de registros designado, como el registro médico o de facturación.
- la inspección o copia de la información está prohibida por la ley.
- el Condado determina que la información en el conjunto de registros designado es precisa y completa.

Parte I: Información del solicitante

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Si está actuando en nombre de otra persona (por ejemplo, el tema del conjunto de registros designado), proporcione el nombre y la dirección de la persona en cuyo nombre está solicitando y describa y proporcione pruebas* de su relación legal con el individuo. Las relaciones legales reconocidas incluyen: padre de un hijo menor, tutor legal, poder notarial o albacea.

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Relación con el individuo: _____

El Condado de Travis aceptará documentación como un testamento ejecutado, un poder notarial o una orden judicial como prueba de su relación legal. También debe proporcionar una identificación con foto válida emitida por el gobierno.

Parte II: Información sobre el conjunto de registros designado

Componente del Condado de Travis* que mantiene los registros sujetos a esta solicitud: _____

** Una lista de los componentes cubiertos dentro del Condado de Travis está disponible en el Oficial de Cumplimiento y Privacidad de HIPAA o en la página web del Condado de Travis [https:// www.traviscountytexas.gov/hipaa](https://www.traviscountytexas.gov/hipaa).

Tipo de registro a modificar:

- Resumen de alta Toda la información de salud
- Historia/Examen físico Health Records mentales / conductuales - Informes de consulta (puede requerir la aprobación del
- Medicamentos pasados/presentes psicólogo)
- Información de facturación (reclamación)
- Notas de progreso
- Otro _____

Fecha de la entrada o de la información que debe modificarse: _____

Parte III: Solicitud

Describa qué información cree que es incompleta o incorrecta y cómo le gustaría que se cambiara.

Indique los motivos que respaldan su solicitud. Si corresponde, proporcione copias de la información de respaldo.

Parte IV: Información importante sobre esta solicitud

- El Condado de Travis solo considerará esta solicitud si usted proporciona una razón para apoyarla.
- El Condado de Travis actuará sobre esta solicitud dentro de los 60 días. Si el Condado de Travis no puede actuar sobre su solicitud dentro de este plazo, le escribiremos para informarle la razón de la demora y la fecha en la que puede esperar que se complete la solicitud.
- Si su solicitud de enmienda es aprobada: o la enmienda se adjuntará o vinculará a la información o registro que se está modificando. La información, tal como se muestra originalmente en el registro, no se cambiará ni eliminará
 El Condado de Travis tiene la responsabilidad de notificar a otras personas que están involucradas en su atención y que confiarían en la información enmendada para su bienestar.
- Si su solicitud es denegada, el Condado de Travis le notificará por escrito de la denegación, y usted puede:
 - presentar una declaración escrita en desacuerdo con la denegación

- solicitar que su solicitud original de enmienda y denegación se adjunte a cualquier divulgación futura de su información médica
- presentar una queja ante el Oficial de Cumplimiento y Privacidad de HIPAA del Condado de Travis, cuya información de contacto se enumera anteriormente, o con los EE. UU. Secretario de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20101, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Parte V: Reconocimiento

Al firmar este formulario, autorizo al Condado de Travis a enviar un aviso de cualquier enmienda realizada como resultado de esta solicitud a aquellas personas o entidades a quienes el Condado de Travis haya divulgado previamente dicha información y que puedan tener o podrían confiar previsiblemente en dicha información.

Firma de Solicitante

Fecha

Parte VI: Información adicional

Por favor, proporcione los nombres de cualquier otra persona o entidad a la que debemos enviar un aviso de una enmienda. Como mínimo, debe identificar a cualquier persona que haya recibido la información en el pasado y que pueda confiar en la información para tomar decisiones sobre su tratamiento o pago de atención médica:

Proporcione la dirección donde el Condado de Travis debe enviar correspondencia por escrito sobre este asunto:

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

**SOLO
PARA USO
EN LA
OFICINA**

Fecha de recepción: _____ Recibido por: _____ Título: _____ Fecha de reenvío a Privacy Liaison: _____ Fecha límite para responder: _____	
Verificación de la identidad del solicitante: <input type="checkbox"/> Identificación con foto <input type="checkbox"/> Información de identificación <input type="checkbox"/> Firma coincidente <input type="checkbox"/> Otro: _____	Si la solicitud fue presentada por un Representante Personal, la autoridad del Representante Personal fue verificada por: <input type="checkbox"/> Testamento ejecutado <input type="checkbox"/> Documentación del poder notarial <input type="checkbox"/> Autorización firmada por el individuo <input type="checkbox"/> Otro: _____
La enmienda es: <input type="checkbox"/> Aceptado: todos <input type="checkbox"/> Aceptado— en parte <input type="checkbox"/> Denegado Fecha notificaciónesenttoindividual : _____	Si la solicitud fue <u>aprobada</u> , ¿fue el <input type="checkbox"/> ¿Se enmendó la historia clínica? <input type="checkbox"/> ¿Enmienda enviada a otros proveedores? Si la solicitud fue <u>denegada</u> , ¿por qué razón? <input type="checkbox"/> la información no fue creada por el Condado de Travis <input type="checkbox"/> no forma parte del registro médico o de facturación . <input type="checkbox"/> la inspección de la información médica está prohibida por la ley. <input type="checkbox"/> el registro es preciso y completo.
¿Se presentó una declaración de desacuerdo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Vigencia: 6/12/2016

Revisado: 9/24/2024