



St. Thomas East End Medical Center Corporation  
4605 Tutu Park Mall, Sala 207  
P.O. Box 503177  
St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700  
Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

### **Formulario de Solicitud de Enmienda**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Pt # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono # \_\_\_\_\_

Tiene derecho a solicitar correcciones o enmiendas a la Información de Salud Personal que conservamos en su nombre si cree que algo en esa información es un error o necesita ser enmendado. No siempre se requiere que St. Thomas East End Medical Center Corporation haga las correcciones o enmiendas que solicite, pero cada solicitud será revisada cuidadosamente, y correcciones o enmiendas realizadas si se justifica. Se le notificará cuando su solicitud haya sido aprobada o rechazada. Por favor Provee tantos detalles como sea posible sobre al respecto del tipo de registro, la ubicación, la fecha, y el problema. Por ejemplo, "Los resultados de mi análisis de laboratorio del laboratorio ABC del 5 de diciembre de 2000 muestran un análisis de sangre que nunca recibí" o "Dr. Jones en tu North Street Clinic registró en mi expediente el 5 de diciembre de 2000 que sufría de debilidad en mi pierna derecha cuando en realidad la debilidad estaba en mi pierna izquierda". En orden para revisar la solicitada corrección, debemos ser capaces de localizar el registro en cuestión y las entradas o informes exactos que desea corregir.

Por favor indique con la mayor precisión posible cómo le gustaría que se redactara el registro.

Si tienes conocimiento de alguno de sus proveedores de atención médica quien pueda tener una copia del registro que desea ser corregido, por favor enumere a esas personas y / o instalaciones con la mayor cantidad de información que tenga disponible sobre nombres y direcciones.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Solicitud de información:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Solicitud de información:

Por la presente autorizo a St. Thomas East End Medical Center Corporation a proporcionar una copia de los registros corregidos / enmendados con las personas / entidades que he enumerado anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor escriba en molde la relación con el paciente (si es firmado por un representante personal del paciente): \_\_\_\_\_

Envíe por correo postal o correo electrónico el formulario completo y firmado a:

Attention: Privacy Officer  
St. Thomas East End Medical Center Corporation  
4605 Tutu Park Mall, Suite 207  
P.O. Box 503177  
St. Thomas, VI 00805-3177  
Email: [privacyofficer@steemcc.org](mailto:privacyofficer@steemcc.org)

---

---

### OFFICIAL USE

PT# \_\_\_\_\_

- The amendment has been:  Approved  Denied
- If denied, check reason for denial.
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PHI is not part of the patient's designated record set. | <input type="checkbox"/> Record is not available to the patient for inspection under Federal Law. |
| <input type="checkbox"/> STEEMCC did not create record.                          | <input type="checkbox"/> Record is accurate and complete.   |
| <input type="checkbox"/> Other _____   |   |

Medical Director: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Privacy Officer: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_