



HEALTH INFORMATION MANAGEMENT (HIM)
REQUEST FOR AMENDMENT OF THE MEDICAL RECORD

Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Previous Name: _____

Patient Phone: _____

Patient Mailing Address: _____

I request a change to my records.

Please specify what should be changed or amended within your record. If you need additional space, please include a separate page. **Date of entry in record:** _____

Under **HIPAA 45 CFR § 164.526**, patients are entitled to request amendments to their medical records. This provision allows individuals to ask their healthcare provider to modify their Designated Record Set (DRS).

- Providers may accept, partially amend, or deny the amendment request.
- Confluence Health will review your submission and respond within 10 days of receipt. A copy of the request will be included in your record.
- If Confluence Health denies your request, either in full or in part, you will receive a detailed explanation outlining the reasons for denial and the available options.

Patient or legally authorized individual signature

Date

Relationship to patient if signed on behalf of the patient by parent, legal guardian, personal representative, etc.

You may contact the HIM Department at (509) 436-4026, if you have any additional questions requiring more information or want to report a problem about the handling of your information.

Please fill out and return this form to: HIM at P.O. Box 3510, Wenatchee, WA 98807

Internal Use Only

Date Received: _____ Initials: _____ MRN: _____



**GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD (HIM, por sus siglas en inglés)
SOLICITUD DE ENMIENDA DEL EXPEDIENTE MÉDICO**

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____

Número de teléfono del paciente: _____

Dirección postal del paciente: _____

Solicito un cambio en mi expediente.

Por favor, especifique qué debe cambiarse o enmendarse en su expediente médico. Si necesita espacio adicional, por favor incluya una página aparte. **Fecha de ingreso en el expediente:** _____

En virtud de la norma **HIPAA 45 CFR § 164.526**, los pacientes tienen derecho a solicitar enmiendas a su expediente médico. Esta disposición permite a las personas solicitar a su proveedor de atención médica que modifique su Designated Record Set (Conjunto de Registros Designado (DRS, por sus siglas en inglés).

- Los proveedores pueden aceptar, modificar parcialmente o denegar la solicitud de enmienda.
- Confluence Health revisará su solicitud y le responderá en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se reciba. Se incluirá una copia de su solicitud en su expediente.
- Si Confluence Health deniega su solicitud, ya sea total o parcialmente, usted recibirá una explicación detallada que señalará las razones de la denegación y las opciones disponibles.

Firma del paciente o de la persona autorizada legalmente

Fecha

Parentesco con el paciente, si la firma se realiza en nombre del paciente por un padre, tutor legal, representante, etc.

Puede comunicarse con el Departamento de HIM al (509) 436-4026 si tiene alguna pregunta adicional que requiera más información, o si desea reportar un problema relacionado con el manejo de su información.

Por favor, rellene y devuelva este formulario a: HIM, P.O. Box 3510, Wenatchee, WA 98807

Internal Use Only

Date Received: _____ Initials: _____ MRN: _____