

**IMPERIAL COUNTY  
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES  
202 N. EIGHTH STREET  
EL CENTRO, CA 92243**

**SOLICITUD DE ENMIENDA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

El llenar esta forma le da la oportunidad de solicitar a Salud Mental del Condado de Imperial que enmiende la información contenida sobre Ud. Para que Salud Mental del Condado de Imperial responda rápidamente a su solicitud. Por favor complete la forma en su totalidad.

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN**

|                   |                              |                             |
|-------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Fecha:</b>     | <b>Nombre:</b>               | <b>Fecha de Nacimiento:</b> |
| <b>Domicilio:</b> | <b>Ciudad/Código Postal:</b> | <b>Teléfono:</b>            |

**SOLICITUD DE ENMIENDA**

Por favor indique la información médica protegida que desea enmendar:

---

---

---

**MOTIVO PARA SOLICITAR ENMIENDA**

Por favor, indique el motivo por el cual desea hacer esta enmienda. Debe indicar un motivo:

---

---

---

**AUTORIZACIÓN**

Si tomamos la decisión de enmendar la información médica según lo ha solicitado, le enviaremos notificación de la enmienda a todas las personas que hayan recibido la información antes de que fuera enmendada. Indique si existen tales persona(s)/agencia(s) que deben recibir la información enmendada:

No, Iniciales: \_\_\_\_\_  Sí, por favor escriba los nombres y domicilios de estas personas:

|       |       |
|-------|-------|
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |

Así mismo, enviaremos la enmienda a otras personas que sabemos recibieron la información antes de que fuera enmendada si se basaron, o es posible que en un futuro se basen en la información para su perjuicio (daño).

¿Está de acuerdo con esto?  Sí. Iniciales \_\_\_\_\_  No. Iniciales \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIONES**

No es necesario que modifiquemos su información médica protegida si:

- Nosotros no creamos la información médica protegida, a menos que la persona que haya creado la información no esté disponible para responder a su solicitud de cambio. Si esta excepción corresponde a su caso, por favor explique:

---

---

- La información médica protegida es correcta y está completa.
- Legalmente usted no tiene acceso a la información médica protegida que desea enmendar.
- La información médica protegida que usted desea enmendar no forma parte del conjunto de expedientes designados. Estos incluyen sus expedientes médicos, los registros de facturación (cobro) y los expedientes que contienen la información médica protegida que nosotros utilizamos para tomar decisiones acerca de usted.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Si firma el representante personal, indique la relación

## NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

Su derecho a enmendar información en sus expedientes:

- Usted tiene el derecho de solicitar enmienda a su información médica contenida en expedientes de Salud Mental del Condado de Imperial.
- Usted tiene el derecho a recibir una respuesta a su solicitud dentro de 60 días. Si hay un retraso en darle su respuesta, se le avisará. El retraso no puede ser más de 30 días. Recibirá una respuesta por escrito.
- Si está usted en desacuerdo con la respuesta, puede proporcionar una declaración o desacuerdo por escrito. Salud Mental del Condado de Imperial mantendrá esta declaración en su expediente.
- Cada vez que su expediente se comparte, tanto su declaración o desacuerdo y respuesta de Salud Mental del Condado de Imperial serán incluidos cuando sea relevante.

---

Si tiene alguna pregunta relacionada con su solicitud de enmienda a su expediente, por favor contacte al Oficial de Privacidad usando la información proporcionada abajo.

Para más información acerca de sus derechos de privacidad, lea la "Notificación de Prácticas de Privacidad" disponible en todas nuestras oficinas y salas de espera.

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a Salud Mental del Condado de Imperial o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas de privacidad deben ser sometidas por escrito. No habrá represalias en contra de usted por presentar una queja.

La queja de privacidad debe ser dirigida a:

ICBHS Privacy Officer  
202 N. Eighth Street  
El Centro, CA 92243  
Phone: (442) 265-1560  
Fax: (442) 265-1583

Original: Chart

Canary: Client

Pink: Privacy Officer