

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

**Enmienda/Corrección de la Información de Salud****Solicitud de Divulgación de Información**

Página 1 de 2

**Release of Information Request - Amendment/Correction of Health Information**

Page 1 of 2

Dirección del paciente <i>Patient address</i>		Fecha de la solicitud (mes/día/año) <i>Request date (month/day/year)</i>
Ciudad <i>City</i>	Estado <i>State</i>	Código postal <i>ZIP code</i>

**QUÉ DEBE ENMENDARSE/CORREGIRSE Y POR QUÉ**  
**WHAT NEEDS TO BE AMENDED/CORRECTED AND WHY**

Información que debe enmendarse \_\_\_\_\_  
*Entry to be amended*

Fecha de la información (mes/día/año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Autor de la información \_\_\_\_\_  
*Date of entry (month/day/year) Author of entry*

Explique de qué manera su información de salud es incorrecta o está incompleta. Qué debería indicar su información de salud para ser más exacta o completa.

*Explain how your health information is incorrect or incomplete. What should your health information state to be more accurate or complete.*

¿Desea que enviemos esta información a alguna persona a quien podamos haberle divulgado la información en el pasado?  
*Would you like this information sent to anyone to whom we may have disclosed this information in the past:*

Sí (Yes)  No (No)

Si la respuesta es sí, especifique el nombre y la dirección de la organización o persona:  
*If yes, specify the name and address of the organization or individual:*

Nombre (Name) \_\_\_\_\_

Dirección (Address) \_\_\_\_\_

**Comprendo que es posible que Marshfield Clinic Health System enmiende o no mi expediente médico con una enmienda en base a mi solicitud. Esta solicitud de enmienda formará parte de mi expediente médico permanente.**  
***I understand that Marshfield Clinic Health System may or may not amend my medical record with an amendment based on my request. This request for an amendment will be made part of my permanent medical record.***

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Representante legal del paciente)  
*Patient signature (Patient's legal representative)*

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)  
*(Relationship to patient)*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de firma (m/d/a)  
*Signature date (m/d/y)*

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono  
*Phone number*

\_\_\_\_\_  
Firma del menor (si aplica)  
*Minor patient signature (if applicable)*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de firma (m/d/a)  
*Signature date (m/d/y)*

**Envíe la solicitud completa a: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-5847 Correo electrónico: mfld.him.scanners@marshfieldclinic.org**  
***Send completed request to: Health Information Management, HM2, Marshfield Clinic Health System, 1000 North Oak Avenue, Marshfield, WI 54449 Fax: 715-221-5847 E-mail: mfld.him.scanners@marshfieldclinic.org***

**Enmienda/Corrección de la Información de Salud**

**Solicitud de Divulgación de Información (Continuación)**

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------

**FOR MARSHFIELD CLINIC HEALTH SYSTEM INTERNAL USE ONLY**

Date received (m/d/y) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Accepted     Denied

If denied, check reason for denial:

- PHI was not created by Marshfield Clinic Health System     Other (specify) \_\_\_\_\_
- PHI is not part of patient's designated record set    \_\_\_\_\_
- PHI is accurate and complete    \_\_\_\_\_

Comments:

- Individual was informed of denial in writing (attach letter of communication)

\_\_\_\_\_  
Staff member signature/title

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Date (month/day/year)