



Solicitud de enmienda de la información médica protegida

Descripción: Este formulario se usa para solicitar cambios a la información médica protegida que mantiene el condado de Travis.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) de 1996 le otorga el derecho de solicitar una enmienda para cualquier información protegida que el condado de Travis mantenga en algún conjunto de registros designado. Si cree que alguna parte de la información médica protegida que mantiene el condado de Travis está incompleta o es inexacta, sírvase completar este formulario y enviarlo a:

Privacy Officer
700 Lavaca, Ste. 1500
Austin, TX 78701

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

Tenga en cuenta que el condado de Travis denegará su solicitud de enmienda de la información médica protegida cuando:

- la información no la haya creado el condado de Travis, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda y que usted le presente al Condado la documentación correspondiente.
- la información no es parte de un conjunto de registros designado, tal como el registro médico o de facturación.
- la ley prohíbe la inspección o reproducción de la información.
- el condado determina que la información en el conjunto de registros designado es exacta y completa.

Parte I: Información del solicitante

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Si está actuando en nombre de alguien más (por ejemplo, el sujeto del conjunto de registros designado), proporcione el nombre y la dirección de la persona que le encomendó representarlo y describa y proporcione una prueba* de su relación legal con la persona. Las relaciones legales conocidas, incluyen: padre del menor, tutor legal, poder notarial o albacea.

Nombre: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Relación con la persona: _____

El condado de Travis aceptará la documentación que acredita su relación legal, que puede ser un testamento ejecutado, un poder notarial o una orden judicial. También debe presentar una identificación válida con fotografía expedida 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 la Oficina del Oficial de Privacidad o en la página web del condado de Travis <https://www.traviscountytx.gov/hipaa>.**

Indique qué registro desea enmendar:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/presentes | <input type="checkbox"/> Información completa de salud |
| <input type="checkbox"/> Historial/Examen físico | <input type="checkbox"/> Información de facturación | <input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental/
conductual (es probable que se
requiera la autorización de un
psicólogo) |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> (Reclamación) | |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
| | _____ | |

Fecha de los datos o información que se van a enmendar: _____

Parte III: Solicitud

Describa qué información cree usted que está incompleta o incorrecta y la manera en que le gustaría cambiarla.

Indique las razones que respaldan su solicitud. Si es que aplica, proporcione una copia de la información de respaldo.

Parte VI: Información importante sobre esta solicitud

- El condado de Travis únicamente considerará esta solicitud si indica las razones que la respaldan.
- El condado de Travis le dará trámite a esta solicitud dentro de los 60 días siguientes. Si el condado de Travis no puede tramitar su solicitud dentro de este plazo, le escribiremos para informarle la razón del retraso y la fecha en que puede esperar que completemos su solicitud.
- Si se autoriza su solicitud de enmienda:
 - la enmienda se incluirá con anexo o enlace a la información o registro enmendado. No se cambiará ni eliminará la visualización original de la información incluida en el registro
 - el condado de Travis tiene la responsabilidad de notificar a las demás personas que participan en su cuidado y que podrían depender de la información enmendada para su bienestar.
- Si se deniega su solicitud, el condado de Travis se lo notificará por escrito, y usted puede:
 - presentar una declaración por escrito que indique que usted no está de acuerdo con la denegación
 - pedir que se adjunte su solicitud de enmienda original y la denegación de la misma a las divulgaciones futuras de su información médica
 - presentar una queja ante el Funcionario de Privacidad del condado de Travis, cuya información aparece abajo, o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Secretary of Health and Human Services), por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20101, al llamar al 1-877-696-6775 o al visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Parte V: Reconocimiento

Al firmar este formulario, autorizo al condado de Travis a enviar el aviso de cualquier enmienda en virtud de esta solicitud a aquellas personas o entidades a quienes el condado de Travis haya divulgado dicha información en el pasado y que podrían necesitar consultarla en el futuro.

Firma del Solicitante

Día

Parte VI: Información adicional

Le agradeceremos que nos indique los nombres de cualquier otra persona o entidad a quien se le debería enviar el aviso de enmienda. Como mínimo, debería identificar a cualquier persona que haya recibido la información en el pasado y que podría necesitar consultarla en el futuro para tomar decisiones acerca de su tratamiento o pago de atención médica.

Le agradeceremos que nos indique la información a donde deberá enviar el condado de Travis cualquier correspondencia escrita referente a este asunto.

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Fecha de recepción: _____
Recibido por: _____ Cargo: _____
Fecha en que se envió en enlace de privacidad: _____
Fecha límite para responder: _____

Verificación de la identidad del solicitante:
 Documento de identificación con fotografía
 Información de identidad
 Firma comparada
 Otro: _____

Si la solicitud la presentó un Representante personal, la autoridad del Representante personal se verificó por medio de:
 Testamento ejecutado
 Documentación del poder notarial
 Autorización firmada por la persona
 Otro: _____

La enmienda se Aceptó en su totalidad
 Aceptó parcialmente Denegó
Fecha en que se envió la notificación a la persona:

Si la solicitud se autorizó,
 ¿Se enmendó el expediente médico?
 ¿Se envió la enmienda a otros proveedores?
Si la solicitud se denegó, ¿cuál fue la razón?
 la información no fue creada por el condado de Travis
 no es parte del expediente médico o de facturación.
 la ley prohíbe la inspección de la información médica.
 el registro está correcto y completo.

¿Se presentó alguna Declaración de Desacuerdo?
 Sí No

Firma del Oficial de Privacidad
