

**Condado de San Bernardino  
Departamento de Salud del Comportamiento**

**Solicitud para Corregir la Información Protegida de Salud (PHI)**

(Retornar el formulario completo a: Medical Records Office, 850 E. FOOTHILL BLVD, RIALTO, CA 92376)

**SOLICITANTE**

Nombre:

\_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Si usted no es el consumidor, su relación con dicha persona es:

\_\_\_\_\_

**\*Por favor provea copia de documentación de carácter legal, orden de la corte o documento firmado ante escribano junto con esta solicitud de ser aplicable.**

**INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de Soltera(de ser aplicable) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Consumidor: \_\_\_\_\_ SSN # (Opcional): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Condado de San Bernardino  
Departamento de Salud del Comportamiento**

**INFORMACIÓN DE SOLICITUD DE CORRECCIÓN**

Describa la información que desea corregir debido a imprecisión o por ser incompleta (por ej.: resultados de análisis de laboratorio, observaciones médicas):

---

Fecha(s) de la información que desea modificar (por ej.: fecha de la visita al consultorio, tratamiento, u otros servicios de atención de salud).

---

¿Cuál es el motivo de esta solicitud?

---

---

¿En qué sentido la información actual es imprecisa o incompleta?

---

---

¿Qué debería decir el registro para ser más precisa o completa?

---

---

¿Conoce a alguien que pueda haber recibido o confiado en la información que desea corregir? (por ej.: su doctor de familia, farmacéutico, plan de salud, u otro proveedor de atención de salud)  Si  No  
En caso afirmativo, por favor suministre los nombres y direcciones de las organizaciones o individuos:

---

---

---

**Condado de San Bernardino**  
**Departamento de Salud del Comportamiento**

¿Nos autoriza específicamente a notificar a la(s) persona(s) mencionada(s), y a cualquier otra persona o entidad con quien tal vez hayamos compartido la información a ser corregida, acerca de cualquier corrección que se realice a su información de salud como producto de esta solicitud?  Si  No

\_\_\_\_\_  
Firma del consumidor/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Recibirá una respuesta escrita proveniente de nosotros, dentro de los 60 días calendarios a partir de la recepción de su solicitud. En algunas pocas circunstancias, podríamos necesitar un período adicional de 30 días para responder a una solicitud de corrección, más allá del período de 60 días. Si esto ocurre en su caso, le enviaremos un aviso por escrito antes del vencimiento de 60 días para informarle que necesitaremos 30 días adicionales para responder. Si su solicitud de corrección es denegada, recibirá un aviso escrito con las razones de la negativa, y le serán explicados sus derechos a apelar la decisión de negativa y/o derecho a enviar una declaración escrita de disconformidad, que puede ser incluida en futuras divulgaciones de la información inalterada.