

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

número de teléfono principal: (____) _____ Número de teléfono del trabajo: (____) _____

He revisado mi historial médico; No siento la información en el registro hecho

por _____ Es correcto(a).
(Nombre del proveedor)

Esta (s) fecha (s) de servicio _____ debe actualizarse con la siguiente
información: _____

Este formulario se puede devolver a Scheurer HIMMS (registros médicos), enviarlo directamente a Scheurer - HIMMS 170 N. Caseville Rd., Pigeon, MI 48755, enviarlo por fax a (989)453-4455 o enviar un correo electrónico a Scheurer@scheurer.org.

Firma: _____ Fecha: _____

Respuesta del Proveedor

- An amendment will be made to your permanent health record. Se hará una enmienda a su registro de salud permanente.
- This request for an amendment has been made a part of you permanent record; however, your request to amend your health record directly has been denied for the following reasons:
Esta solicitud de enmienda ha sido parte de su registro permanente; sin embargo, tu la solicitud para enmendar su registro de salud directamente ha sido denegada por las siguientes razones:

Provider Signature: _____ Date: _____

Si no está de acuerdo con el proveedor, puede presentar una declaración de desacuerdo por escrito.
(Paciente, adjunte una copia de una declaración de desacuerdo)



Form #1062 (Sp)
Revised: 05/13/2020

RECORD AMENDMENT REQUEST REGISTRO DE SOLICITUD DE ENMIENDA