

*Escriba en letra de imprenta:*

Primer nombre:	Apellido:	Inic. 2do nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Apto. #:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Número(s) de teléfono:		Dirección de correo electrónico preferida:	

Tiene derecho a solicitar que se modifique su historial médico si considera que hay información incorrecta o incompleta. Este derecho se aplica solamente a declaraciones de hechos en el historial médico y no a las observaciones, inferencias o conclusiones de un proveedor. Puede que haya ocasiones en las que NYBC no permita que se modifique su historial médico. En los casos en los que se deniegue su solicitud de corrección del historial médico, puede solicitar que NYBC agregue una declaración de desacuerdo (500 palabras o menos) que usted, como paciente, prepare.

Describa de qué forma la información de su historial médico es incorrecta o está incompleta. Adjunte todo documento que considere necesario para que la información sea más precisa o completa.

<p>Entiendo que mi solicitud será considerada, pero puede que no sea concedida si NYBC decide que mi información médica protegida o datos de mi historial médico de que es objeto esta solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No la creó NYBC, salvo que yo proporcione una base razonable para pensar que el originador de la información médica protegida ya no tiene la posibilidad de realizar la corrección solicitada;</li> <li>• No es parte de mi historial médico o de facturación;</li> <li>• No estaría a mi disposición para que la revisara de acuerdo con la legislación pertinente que regula el acceso a la información médica protegida; o</li> <li>• Es precisa y está completa.</li> </ul> <p>Entiendo que recibiré una respuesta en un plazo de 60 días para aprobar o rechazar mi solicitud.</p>	
Paciente/Agente/Representante (legal)/Albacea* (Firma):	Fecha:
Nombre en letra de imprenta de la persona que firma este formulario:	Facultad para firmar en nombre del paciente o relación con el paciente (si corresponde):

*\*Debe obtenerse la firma del paciente, salvo que este sea un menor de 18 años no emancipado o no esté en capacidad de tomar decisiones médicas.*

Enviar el formulario  
completo a:

New York Blood Center  
Attn: Privacy Officer  
310 East 67<sup>th</sup> St  
New York, NY 10065

Por **fax**:  
516-478-5040  
Por **correo electrónico**:  
PrivacyOfficer@nybc.org

---

***Lo debe completar el Funcionario de privacidad de NYBC o el Proveedor de atención médica***

<input type="checkbox"/> Solicitud aprobada y completada según lo solicitado.	
Solicitud denegada debido al motivo a continuación:	
<input type="checkbox"/> La información de salud a la que se hace referencia no forma parte del conjunto de datos del paciente definidos [por la entidad]	
<input type="checkbox"/> NYBC no creó el historial médico	
<input type="checkbox"/> El historial médico no está disponible para que el paciente lo inspeccione de conformidad con la legislación federal	
<input type="checkbox"/> El historial médico es preciso y está completo	
Comentarios:	
Fecha de recepción de la solicitud:	Fecha de envío de la notificación:
Firma:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	Cargo: