



**SOLICITUD DE
MODIFICACIÓN**
Wyoming Department of Health

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés: Health Insurance Portability and Accountability Act), los clientes tienen derecho a solicitar que se modifique su información de salud si consideran que es incorrecta o está incompleta. El Departamento de Salud de Wyoming (WDH, por sus siglas en inglés: Wyoming Department of Health) revisará y tomará una decisión aprobando la solicitud o explicando por qué no se aprobará. Si no se aprueba la solicitud, el cliente tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo que acompañe a la información en cuestión para todas las futuras divulgaciones. El WDH podrá incluir en el registro una respuesta a la declaración.

Por la presente solicito que se modifique la información de salud de:

Nombre:	Número de identificación (en su caso):
Fecha de nacimiento:	Dirección:
Fecha de solicitud:	Ciudad, estado, código postal:

El WDH no podrá modificar la información si:

- ✓ no incluye registros médicos del cliente, registros de facturación u otros registros que se utilizan para tomar decisiones sobre el cliente;
- ✓ se trata de registros a los que el cliente no tiene derecho a acceder;
- ✓ **el WDH no es el creador de la información (a menos que la persona o entidad que la haya creado no pueda actuar en respuesta a su solicitud); o**
- ✓ el WDH considera que la información ya es exacta y está completa.

Si el WDH acepta modificar la información, la información modificada se comunicará a las personas o entidades a las que el WDH la haya proporcionado antes de su modificación.

Declaración del cliente:

Considero que la información de salud de la persona arriba mencionada es incorrecta o está incompleta y solicito la siguiente modificación:

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

(Fecha)

***Si quien firma no es el paciente**, indique su relación con él o ella:

<p>Para uso oficial exclusivamente:</p> <p><u>Documentación de la relación:</u> Comentarios:</p> <p>Revisada</p> <p>Anexa</p> <p><u>Fecha de trámite:</u></p>
