Baptist Health South Florida

REQUEST FOR AN AMENDMENT OF HEALTH INFORMATION

As a patient of a Baptist Health facility, you may amend inaccurate or incomplete health information about you. If you want to amend your health information, you must complete this form and return it to the Baptist Health Chief Privacy Officer or the Office of Patient Experience of a Baptist Health facility at the addresses specified in our notice of privacy practices. This request applies only to the Baptist Health facility that you indicate below. If you would like to amend information maintained by more than one facility, you must complete a separate form for each visit. You may contact the Baptist Health Privacy Office at 786-596-8850 or via e-mail at Privacy@BaptistHealth.net.

Please provide the following information:

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Account #: _____

Last four digits of Social Security Number: _____ Phone #: _____

Address: _____

Baptist Health facility from which I am requesting an amendment:

☐ Baptist Hospital of Miami ☐ South Miami Hospital ☐ Doctors Hospital ☐ Homestead Hospital
☐ West Kendall Baptist Hospital ☐ Miami Cancer Institute ☐ Fishermen's Community Hospital
☐ Baptist Outpatient Services ☐ Mariners Hospital ☐ Boca Raton Regional Hospital
☐ Bethesda Hospital East ☐ Bethesda Hospital West ☐ Baptist Health Medical Group North
☐ Baptist Health Medical Group ☐ Other: _____

Please describe the information that you want to amend (e.g., my ED Physician Note from 11/23/15).

_____

Please explain how the information is inaccurate or incomplete.

_____

Please state your amendment in the spaces provided below *(please provide additional supporting documentation as necessary [e.g. incident/ accident report, ambulance report, etc.)*.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Signature of patient or personal representative Date

_____

If personal representative, authority to act on behalf of patient

Baptist Health South Florida

SOLICITUD PARA UNA ENMIENDA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Como paciente en un centro de Baptist Health, usted puede enmendar su información de salud incorrecta o incompleta. Si desea enmendar su información de salud, debe llenar este formulario y devolverlo a la Oficina de Privacidad de Baptist Health, o a la Oficina de Experiencia del Paciente de Baptist Health en las direcciones especificadas en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Esta solicitud aplica solamente al centro de Baptist Health que usted indique debajo. Si desea enmendar información que mantiene más de un centro, debe llenar un formulario separado para cada visita. Puede comunicarse con la Oficina de Privacidad de Baptist Health al 786-596-8850 o por correo electrónico a Privacy@BaptistHealth.net.

Por favor bríndenos la siguiente información:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de cuenta: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Centro de Baptist Health de donde usted está solicitando una enmienda:

☐ Baptist Hospital of Miami ☐ South Miami Hospital ☐ Doctors Hospital ☐ Homestead Hospital
☐ West Kendall Baptist Hospital ☐ Miami Cancer Institute ☐ Fishermen's Community Hospital
☐ Mariners Hospital ☐ Baptist Outpatient Services ☐ Boca Raton Regional Hospital
☐ Bethesda Hospital East ☐ Bethesda Hospital West ☐ Baptist Health Medical Group North
☐ Baptist Health Medical Group ☐ Otro: _____

Por favor describa la información que desea enmendar (por ejemplo, mi nota del médico del 11/23/15).

_____

Por favor explique debajo cómo la información está incorrecta o incompleta. _____

_____

Por favor escriba su enmienda en los espacios que se brindan a continuación *(por favor proporcione documentación adicional según sea necesario, por ejemplo, el reporte de accidente, incidente o de ambulancia).* _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____
Firma del paciente o representante personal Fecha

_____
Si es un representante personal, autoridad para actuar a nombre del paciente