

## HIPAA – Request for Amendment of Health Information

PATIENT NAME	DATE OF BIRTH
--------------	---------------

PATIENT STREET ADDRESS
------------------------

CITY	STATE	ZIP	TELEPHONE
------	-------	-----	-----------

<p>NOTICE</p> <p>You may seek to change information in your medical records in order to improve the accuracy or completeness of the information. The original information contained in the record will not be erased or obliterated as a result of this change. Your provider has a period of 60 days from receipt of this request to respond. Once review is complete, the original of this form will be maintained in your medical record and a copy will be provided to you.</p>	<p>MAIL COMPLETED FORM TO</p> <p style="text-align:center"><b>Health Information Management.</b> <b>743 Spring Street NE</b> <b>Gainesville, GA 30501</b></p> <p>FAX 770-219-6903</p>
---	---

Date of record to be changed:

Type of record to be amended: (Ex: visit record—clinical, visit record—administrative, hospital record, prescription data, patient history.)

Please explain how the entry is incorrect or incomplete. What should the entry state in order to be more accurate or complete? If you have a copy of the record, please make proposed changes and attach.

---



---



---

Name and address of who you would like us to notify of the change, **if it is accepted** (e.g. personal physician.)

NAME	ADDRESS
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

PATIENT SIGNATURE OR AUTHORIZED PARTY	RELATIONSHIP TO PATIENT	DATE
---------------------------------------	-------------------------	------

<b>FOR INTERNAL USE ONLY</b>	<b>RECEIPT DATE:</b>
------------------------------	----------------------

The Request for Amendment has been  accepted  denied  partly accepted  partly denied




Partial acceptance and denials can be based on the following: the information/record was not created by NGMC, NGPG or GHI; the information/record is not a part of NGMC, NGPG or GHI medical or billing records; the information/record is not available for inspection in accordance with Georgia law; the information/record is accurate and complete as it exists.

NGMC, NGPG OR GHI REPRESENTATIVE:	DATE
-----------------------------------	------

If your request has been denied, in whole or in part, you have the following rights:

- to submit a written statement of why you disagree with the denial and send it to the address listed above
- to request that your doctor show this Request for Amendment and the denial with any future disclosures of the information requested in this Request for Amendment
- file a written complaint with the Department of Health and Human Services at:  
Region 4 Health Administrator, 61 Forsyth Street, SW, Suite 5B95, Atlanta, GA 30303

**Northeast Georgia Health System is not a provider of patient care services; rather, it is a parent organization of a family of affiliate care providers providing health information management services through its Health Information Department.**

 Northeast Georgia Medical Center	 Northeast Georgia PHYSICIANS GROUP	 GEORGIA HEART INSTITUTE
<b>HIPAA - REQUEST FOR AMENDMENT OF HEALTH INFORMATION</b>		
FORM # 517-02228 (11/7/22)		

PATIENT IDENTIFICATION:

---



---



---



## HIPAA –Petición para modificar información médica

NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	
---------------------	--	---------------------	--

DIRECCIÓN DEL PACIENTE			
------------------------	--	--	--

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
--------	--------	---------------	----------

<p>AVISO</p> <p>Puede pedir cambiar información en su expediente médico a fin de mejorar la exactitud o totalidad de la información. La información original contenida en el expediente no se borrará ni se eliminará como resultado de este cambio. Su proveedor de atención médica tiene un plazo de 60 días a partir del recibo de esta petición para responder. Una vez completada la revisión, el original de este formulario se guardará en su expediente médico y se le dará una copia a usted.</p>	<p>ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO LLENADO A</p> <p><b>Health Information Management.</b> <b>743 Spring Street NE</b> <b>Gainesville, GA 30501</b></p> <p>FAX 770-219-6903</p>
--	--

Fecha del registro a cambiarse:
---------------------------------

Tipo de registro a modificarse (p. ej.: registro de consulta – clínico, registro de consulta – administrativo, registro hospitalario, datos de recetas médicas, antecedentes médicos del paciente):
---

<p>Por favor, explique en qué consiste el error en la anotación o qué le falta. ¿Cómo debería estar escrita la anotación para que fuera más exacta o que estuviera completa? Si tiene una copia del expediente, incorpore los cambios propuestos y adjunte dicha copia.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

Nombre y dirección de la persona a quien le gustaría que le notifiemos del cambio, <b>si se acepta</b> (p. ej., médico personal).	
NOMBRE	DIRECCIÓN
_____	_____
_____	_____

FIRMA DEL PACIENTE O PARTE AUTORIZADA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA
---------------------------------------	--------------------------	-------

<b>SÓLO PARA USO INTERNO</b>	<b>FECHA DE RECIBO:</b>
------------------------------	-------------------------

<p>La Petición para modificación ha sido <input type="checkbox"/> aceptada <input type="checkbox"/> rechazada <input type="checkbox"/> parcialmente aceptada <input type="checkbox"/> parcialmente rechazada</p> <p>La aceptación parcial y los rechazos se pueden basar en lo siguiente: la información o el expediente no fue creado por NGMC, NGPG o GHI; la información o expediente no forma parte de los expedientes médicos o de facturación de NGMC, NGPG o GHI; la información o el expediente no está disponible para inspección, de conformidad con las leyes de Georgia; la información o expediente es exacto y está completo en su forma actual.</p>
--

REPRESENTANTE DE NGMC, NGPG O GHI:	FECHA
------------------------------------	-------

<p>Si su petición fue rechazada, total o parcialmente, usted tiene los siguientes derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• presentar una declaración escrita de por qué usted no está de acuerdo con el rechazo y enviarla a la dirección anotada arriba;</li> <li>• solicitar que su médico muestre esta Petición para modificación y el rechazo, con toda divulgación futura de la información solicitada en esta Petición para modificación;</li> <li>• presentar una queja por escrito al departamento de salud y servicios humanos a: Department of Health and Human Services. Region 4 Health Administrator, a la dirección 61 Forsyth Street, SW, Suite 5 B95, Atlanta, GA 30303</li> </ul>
--

*El Northeast Georgia Health System no es un proveedor de servicios de atención al paciente; en vez de ello, es una organización matriz de una familia de proveedores de atención filiales, que ofrece servicios de manejo de información de salud por medio de su departamento de información de salud.*



PATIENT IDENTIFICATION:



517-02228

### HIPAA - REQUEST FOR AMENDMENT OF HEALTH INFORMATION

FORM # 517-02228 (11/7/22)