



Solicitud de modificación de la información médica

Request for Amendment of Health Information (Spanish)

Form content retained in medical record.

Route to [HIMS Amendment Team](mailto:himsamendmentreq@mayo.edu) (himsamendmentreq@mayo.edu).

**TO BE
SCANNED**

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

Instrucciones: Debe completarla el paciente (o el representante del paciente*) para solicitar una modificación de su expediente médico.
Instructions: To be completed by patient (or patient representative*) to request an amendment to their medical record.

Información del paciente

Patient Information

Dirección (calle, ciudad, estado, país, código postal) Address (Street, City, State, Country, ZIP or Postal Code)	
Teléfono Phone	Correo electrónico Email
Fechas del servicio, si se conocen (mm-dd-aaaa) Service Date(s) if Known (mm-dd-yyyy)	
¿Qué información médica confidencial desea modificar? Incluya una explicación detallada o adjunte una copia del expediente médico con los cambios solicitados, como se indica en la Información del expediente médico para una solicitud de modificación (MC5256-03). What protected health information do you want changed? Include a detailed explanation and/or attach a copy of the record with the changes requested as outlined on the Medical Record Information for an Amendment Request (MC5256-03).	
Motivos que justifican su solicitud (obligatorio) Reason(s) to Support Your Request (required)	
Si se aprueba, ¿desea que esta modificación se envíe a todas las personas a quienes le revelamos la información en el pasado? If approved, would you like this amendment to be sent to anyone to whom we have disclosed the information to in the past? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No	
Si la respuesta es «Sí», especifique el nombre y la dirección de la organización o persona. If "Yes," specify the name and address of the organization or individual.	

Mayo Clinic también identificará y notificará a cualquier otra parte que sepa que recibió la información médica que requiere modificación y documentará estas notificaciones.

Mayo Clinic will also identify and notify any other parties it knows have received the health information that requires amendment and will document these notifications.



Solicitud de modificación de la información médica (continuación)

Request for Amendment of Health Information (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Firma Signature

Firma del paciente o del representante Patient or Representative Signature ▶	Fecha (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)
Nombre del representante en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido) Representative Printed Name (First Middle Last)	Relación con el paciente Relationship to Patient

* Padre o madre de un menor, tutor legal designado por un tribunal, administrador del patrimonio de una persona fallecida, apoderado designado con poder notarial o apoderado para la atención médica.

*Parent of a minor, court-appointed guardian, administrator of estate of deceased, attorney-in-fact appointed with power of attorney, or healthcare proxy.