ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA EL ALCOHOLISMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

SOLICITUD PARA ENMENDAR LOS ARCHIVOS DE UN PACIENTE DE ALCOHOLISMO/ABUSO DE DROGAS

APELLIDO DEL PACIENTE PRIMER NOMBRE INICIAL	
NUMERO DEL CASO	
CENTRO	UNIDAD

INSTRUCCIONES:	**DARLE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO AL PACIENTE! PREPARAR UNA (1) COPIA PARA EL HISTORIAL DEL PACIENTE.**

SOLICITUD PARA ENMIENDA

ENMIENDA PROPUESTA PARA EL ARCHIVO:	
RAZON PARA LA ENMIENDA:	
PARTE DEL ARCHIVO QUE SE VA A ENMENDAR:	

Yo, que subscribo abajo, pido que mis archivos medicos sean enmiendado como esta describido arriba. Yo comprendo que el centro puede negar mi solicitud con causa. Yo tambien comprendo que si el enmendimiento esta aceptado el centro hara todos los esfuerzos rasonables para enviar la enmienda a cualquier persona aquien se le haya divulgado informacion de mis archivos y que sea afectado por esta enmienda.

_____ (Firma del Paciente)

_____ (Firma del Pariente/Guardian, cuando sea requerido)

_____ (Nombre del Paciente en letra de Molde)

_____ (Nombre del Pariente//Guardian, en letra de Molde)

_____ (Fecha)

_____ (Fecha)

Accion tomada por el Centro:

___Solicitud Aprobada.

___Solicitud Negada. Razon de Negacion:

___ El material que se desea enmendar no fue creado por el programa.

___ El material es una nota de psicoterapia o es informacion compilada en anticipacion o para uso en un procedimiento o accion administrativo, civil, o criminal.

___El programa determina que los archivos estan corectos y completo.

___Otra razon. Explique: _____

_____

Director/Assistente al Director Fecha