

| | | |
|-----------------------|---------------|---------|
| APELLIDO DEL PACIENTE | PRIMER NOMBRE | INICIAL |
| NUMERO DEL CASO. | | |
| CENTRO | UNIDAD | |

**SOLICITUD PARA REVISAR LA NEGACION DE UNA
SOLICITUD DE DOCUMENTACION**

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

SOLICITUD PARA REVISO

TIPO DE SOLICITUD ORIGINAL

- SOLICITUD PARA ENMENDAR LOS DOCUMENTOS
 SOLICITUD PARA INSPECCIONAR/COPIAR DOCUMENTOS
 SOLICITUD PARA RESTRINGIR EL USO DE INFORMACION CONFIDENCIAL

RAZON POR EL REVISO DE LA NEGACION

Yo, que suscribo abajo, pido que la negacion de mi solicitud (descrita arriba) sea revisada. Yo comprendo que el centro puede negar mi solicitud con causa.

(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 program.

___ 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/Asistente al Director

Fecha