



Enmiendas a la Información de Salud

Yo, _____, he revisado la información que sobre mí mantiene este centro radiológico y deseo hacer la(s) siguiente(s) corrección(es):

Entiendo que estos cambios tendrán un efecto prospectivo solamente.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

<p>Acción Tomada:</p> <p><input type="checkbox"/> Enmendado Según Solicitado por: _____ fecha: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> No se Pudo Cumplir con lo Solicitado por las siguientes razones: _____</p> <p>_____.</p> <p>Empleado: _____; Fecha: _____. Notificado al Paciente: _____</p>
--