



Request for Amendment of Medical or Billing Record

Today's date _____ Patient's name _____ Date of birth _____

Medical record number (MRN) (if known) _____ Social Security number _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Phone _____ Email _____ Date(s) care was provided? _____

PLEASE ATTACH A COPY OF THE DOCUMENTATION YOU WOULD LIKE AMENDED. Please **mark with pen** specific verbiage you would like amended. A copy of your **photo ID** must be included.

Describe the report or information you would like to be considered for an amendment (e.g., Emergency Department report, history & physical, discharge summary, radiology report)

What do you believe is incorrect, needs to be changed and/or added to the report/record?

Has anyone received a prior disclosure of this information from UCHealth, and relied upon this information (e.g., your doctor, another health care provider, insurance company, attorney) to your knowledge? If yes, please provide **detailed information** about the name(s) and address(es) of those individuals or organizations so that UCHealth may provide them with updated records should this request be approved. *Only information contained within the amendment will be provided. Missing contact information may result in a delay in releasing your updated info.*

Please check your preferred delivery method for each recipient below.

☐ Mail ☐ Fax ☐ Email	_____	_____	_____	_____	_____
	Name of recipient	Address	Phone	Fax	Email
☐ Mail ☐ Fax ☐ Email	_____	_____	_____	_____	_____
	Name of recipient	Address	Phone	Fax	Email
☐ Mail ☐ Fax ☐ Email	_____	_____	_____	_____	_____
	Name of recipient	Address	Phone	Fax	Email
☐ Mail ☐ Fax ☐ Email	_____	_____	_____	_____	_____
	Name of recipient	Address	Phone	Fax	Email

Signature _____ Date _____

If you are not the patient, please provide the following information:

Your name _____ Relationship to the patient _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Signature _____ Date _____ Phone _____





Solicitud de enmienda de expediente médico o registro de facturación (Request for Amendment of Medical or Billing Record)

Fecha de hoy _____ Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Número del expediente médico (MRN) (si se conoce) _____ Número del Seguro Social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____ Fecha(s) cuando recibió los servicios _____

Por favor, adjunte una copia de los documentos que desea enmendar. Resalte con un bolígrafo las palabras específicas que desea modificar. Debe adjuntar una copia de su **identificación con foto.**

Describa el informe o la información que desea modificar (p. ej. informe del departamento de emergencias, historial médico, examen físico, resumen del alta, informe de radiología)

¿Qué considera incorrecto y hay que modificar o añadir en el informe o expediente médico?

Según su conocimiento, ¿hay alguien que haya recibido esta información por parte de UCHealth o se haya basado en ella (p. ej. su médico, otro profesional de la salud que lo atiende, la compañía de seguro médico, un abogado)? En caso afirmativo, proporcione **información detallada** de los nombres y las direcciones de estas personas u organizaciones para que UCHealth pueda informarles sobre actualizaciones del expediente médico de ser aprobada esta solicitud. *Solo se dará la información que esté en la enmienda. La falta de información de los contactos puede causar un retraso en el proceso de dar a conocer la información actualizada.*

Por favor, a continuación, elija el método de entrega que prefiere para cada destinatario.

☐ Correo postal
☐ Fax
☐ Correo electrónico

	Nombre del destinatario	Dirección	Teléfono	Fax	Correo electrónico
☐ Correo postal ☐ Fax ☐ Correo electrónico	Nombre del destinatario	Dirección	Teléfono	Fax	Correo electrónico
☐ Correo postal ☐ Fax ☐ Correo electrónico	Nombre del destinatario	Dirección	Teléfono	Fax	Correo electrónico
☐ Correo postal ☐ Fax ☐ Correo electrónico	Nombre del destinatario	Dirección	Teléfono	Fax	Correo electrónico
☐ Correo postal ☐ Fax ☐ Correo electrónico	Nombre del destinatario	Dirección	Teléfono	Fax	Correo electrónico

Firma _____ Fecha _____

Si usted no es el paciente, proporcione la siguiente información:

Su nombre _____ Relación con el paciente _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Firma _____ Fecha _____ Teléfono _____





Request for Amendment of Medical or Billing Record

This form may be used to request an amendment to a record of your medical care. We are required to amend your medical record upon written request unless:

- UCHealth did not create the information
- UCHealth does not maintain the information as part of your record
- UCHealth determines the information is accurate and complete as currently recorded
- The information is the type that would not be available to you for inspection under HIPAA's Right to Access

Any amendments made to the medical record will be appended in the appropriate part of the record. If UCHealth did not create the information you want amended, you should contact the author of that information for amendment.

UCHealth responds to requests for amendment within sixty (60) days of receiving the written request. You will receive a response or a notification of delay within that time frame. If we deny your request to amend, you may submit a written statement of disagreement, which will be included in all subsequent disclosures of the information at issue.

For more information about amending a medical record you may contact the Senior Director of Health Information Management at 303.752.8421. Note that requests for amendment must **be made in writing accompanied with valid identification** and will not be accepted over the telephone.

Note: All approved amendment records that you would like to have disclosed to entities/providers who have not previously received medical records from UCHealth will need to be requested per medical record request guidelines on the UCHealth Medical Records website at: <https://www.uchealth.org/access-my-health-connection/medical-records-uchealth/>

Please email your request to HIMAmendments@uchealth.org or deliver or mail your request to:

UCHealth
Attn: Kendra Adams
Health Information Management
2420 E. Pikes Peak Ave.
Colorado Springs, CO 80909





Solicitud de enmienda de expediente médico o registro de facturación (Request for Amendment of Medical or Billing Record)

Es posible que este documento se use para solicitar una enmienda a su expediente médico. Estamos obligados a enmendar su expediente médico cuando lo solicita mediante petición escrita, a menos que:

- UCHealth no haya generado la información.
- UCHealth no haya guardado la información como parte de su expediente médico.
- UCHealth determine que la información que se encuentra actualmente en nuestros registros es correcta y completa.
- Este tipo de información no esté disponible para que usted la inspeccione según dicta el derecho al acceso de la ley HIPAA.

Cualquier enmienda a su expediente médico se adjuntará a la parte adecuada del mismo. Si UCHealth no ha creado la información que usted desea modificar, debe comunicarse con el autor de dicha información para enmendarla.

UCHealth responde a las peticiones de enmiendas a los expedientes médicos dentro de un plazo de 60 días a partir del recibo de las mismas. Usted recibirá una respuesta o notificación de demora dentro de este plazo. Si denegamos la solicitud de enmienda, puede presentar una declaración de discrepancia por escrito, la cual se incluirá en todas las divulgaciones subsiguientes de la información en cuestión.

Para obtener más información acerca de enmiendas de expedientes médicos, puede comunicarse con el director del departamento de gestión de la información médica llamando al 303.752.8421. Tenga en cuenta que las peticiones de enmiendas deben **presentarse por escrito e ir acompañadas de documentos de identificación vigentes**, y no se aceptarán por vía telefónica.

Nota: Todos los expedientes enmendados y aprobados que quiera que se den a conocer a entidades/profesionales de la salud, que no han recibido antes expedientes médicos por parte de UCHealth, se deben solicitar siguiendo las pautas establecidas en el sitio web de Registros Médicos de UCHealth: <https://es.uchealth.org/access-my-health-connection/medical-records-uchealth/>

Por favor, envíe su solicitud a HIMAmendments@uchealth.org o por correo postal a:

UCHealth
Attn: Kendra Adams
Gestión de información médica
2420 E. Pikes Peak Ave.
Colorado Springs, CO 80909

