



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:_____

Acción Tomada:

- Enmendado Según Solicitado por: _____ fecha: _____.
 No se Pudo Cumplir con lo Solicitado por las siguientes razones:
_____.
_____.

Empleado: _____; Fecha: _____. Notificado al Paciente: _____