



COOK COUNTY HEALTH

Como paciente o miembro de un plan médico, usted tiene derecho a solicitar que Cook County Health (CCH) cambie o modifique su información médica protegida en los registros que mantenemos. CCH podrá aprobar o no la solicitud, según determinadas circunstancias.

Para que CCH pueda responder de manera rápida y precisa a su Solicitud de Modificación, complete este formulario en su totalidad.

Apellido			Nombre		Segundo nombre		
Fecha de nacimiento	Mes	Día	Año	Fecha de hoy	Mes	Día	Año
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	
MODIFICACIÓN SOLICITADA Describa detalladamente cómo quiere que se modifiquen los registros. Use una página adicional, si es necesario.							
MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN SOLICITADA Especifique los motivos de su solicitud.							
FECHAS DE SERVICIO RELACIONADAS CON LA MODIFICACIÓN SOLICITADA Especifique una fecha o un intervalo de fechas para su solicitud.							
Firma de la persona				Fecha			
PARA REPRESENTANTES PERSONALES DE LA PERSONA							
Nombre del representante personal				Relación con la persona			
<i>Por la presente certifico que tengo la autoridad legal conforme a la ley aplicable para hacer esta solicitud en nombre del paciente identificado arriba.</i>							
Firma del Representante Personal				Fecha			
Devuelva este formulario a la siguiente dirección o correo electrónico.				The Office of Corporate Compliance 1950 W. Polk Street, Suite 9217 Chicago, IL 60612 Compliance@CookCountyHHS.org			
O llame a este número si tiene preguntas: 1-877-476-1873							