



Solicitud de enmiendas/correcciones a expediente médico

Para modificar la información demográfica, no es necesario completar este formulario. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al 800-469-7423.

Información sobre el paciente			
Nombre del paciente		Myriad Patient ID #	
Dirección actual		Ciudad	Estado Cód. postal
Número de seguridad social	Número de teléfono ()	Fecha de nacimiento / /	

Solicito que se enmiende/corrija la siguiente información en mi expediente médico (explique qué debería decir el expediente para ser más preciso y estar más completo):

Motivo de la solicitud (explique por qué el expediente es incorrecto o está incompleto):

Si se acepta su solicitud y se realiza la enmienda correspondiente, se enviará una copia de la información enmendada a todo el que haya recibido esta información previamente. Si desea que alguien más reciba esta información enmendada, especifique los nombres y las direcciones de esas personas:

Comprendo que:

- Myriad responderá mi solicitud en un período de 60 días o me comunicará que necesita una prórroga de 30 días (o menos) para responder.
- Myriad considerará mi solicitud, pero puede rechazarla si la información no fue creada por Myriad, no forma parte de mi expediente médico o de facturación, no estaría a mi disposición de acuerdo con la ley aplicable o se considera precisa y completa.

Firma del paciente o del representante personal	Fecha
Nombre en imprenta del representante personal (<i>adjunte la documentación legal pertinente</i>)	Parentesco con el paciente

Envíe este formulario a: Myriad Genetic Laboratories, Inc., Attn: Privacy Office, 320 Wakara Way, Salt Lake City, UT 84108

Date request received:	Reason for denial: <input type="checkbox"/> The information was not created by Myriad <input type="checkbox"/> The information is not available to the patient under applicable law <input type="checkbox"/> The information is not part of the medical record <input type="checkbox"/> The information has been determined to be accurate and complete
<input type="checkbox"/> Amendment accepted <input type="checkbox"/> Amendment denied	
Date notification sent to patient or personal representative:	<input type="checkbox"/> Amendment/Correction completed <input type="checkbox"/> Amendment sent to individuals/entities designated above, and those who previously received this information
Myriad representative name/signature	Date