

## Request for Amendment to Health Information (Solicitud para la Corrección de Información de Salud)

8071-178 MR 11/08 (translated 11/17/08)

**Complete and sign this section. Bring, fax, or mail the form to Medical Records:  
Complete y Firme esta Sección. Traer el Fax, o mande por correo la forma a expedientes médicos:**

Children's Mercy Hospital  
ATTENTION: Medical Records  
2401 Gillham Road  
Kansas City, MO 64108  
Fax: (816) 234-3458

Patient Name/  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Date of Birth/  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Street Address/  
Dirección: \_\_\_\_\_

City/  
Ciudad: \_\_\_\_\_ State/  
Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/  
Código postal: \_\_\_\_\_

Date of Entry to Amend/  
Fecha de anotación para corregir: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Type of Entry to Amend/  
Tipo de anotación para corregir: \_\_\_\_\_

Please explain how the entry is incorrect or incomplete. What should the entry say to be more accurate?  
Por Favor de explicar que es lo que esta incorrecto o incompleto. ¿Que es lo que tiene que decir la anotación para que este correcto?

Would you like this amendment sent to anyone to whom we may have disclosed the information in the past?

If so, specify the name and address of the organization or individual.

¿Le gustaría mandar esta corrección a alguien que pudo haber publicado esta información en el pasado?

Si es así, especifique el nombre y la dirección de la organización o individual.

Name/  
Nombre: \_\_\_\_\_

Street Address/  
Dirección: \_\_\_\_\_

City/  
Ciudad: \_\_\_\_\_ State/  
Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/  
Código postal: \_\_\_\_\_

Signature of Patient, Parent, or Legal Guardian  
Firma del paciente, padre, o guardián legal \_\_\_\_\_ Printed Name/Relationship  
Nombre en imprenta/Relación \_\_\_\_\_ Date  
Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### STAFF USE ONLY / SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL

HEALTH CARE PROVIDER – Complete this section and forward original to Medical Records.

Date Received: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Admendment has been:  Accepted

Denied for the following reason (check one):

Information was not created by The Children's Mercy Hospital.

Information is accurate and complete.

Other: \_\_\_\_\_

Health Care Provider Comments: \_\_\_\_\_

Signature of Health Care Provider \_\_\_\_\_ Printed Name/Title \_\_\_\_\_ Date  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_