



## MODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Solicito que esta Enmienda sea parte permanente de mi expediente medico de acuerdo con la Ley Federal 45 CFR § 164.523, App. V:

Utilice hojas adicionales si es necesario.

**Continúa en páginas adicionales**

Firma de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

OMH/ODD-DHS Policy 96-02