



NH3000033

NORTHSIDE HOSPITAL

English - Spanish

AFFIX PATIENT LABEL HERE

Patient Name / Nombre del paciente: _____ **Date of Birth /** Fecha de nacimiento: _____

Patient Address: _____
Dirección del paciente **Street /** Calle

Apartment # / No. de apartamento

City, State, Zip / Ciudad, Estado, Código postal

Date of Service / Fecha de servicio: _____

Specific of Entry to be Amended: _____
Especifique lo que se debe modificar

Please explain how the entry is inaccurate or incomplete.
Explique por qué los datos ingresados son incorrectos o están incompletos.

Please specify what the entry should say to be more accurate or complete.
Especifique que debería decir para que los datos sean más precisos o completos.

Signature of Patient or Legal Guardian
Firma del paciente o su tutor legal

Date/Time / Fecha y Hora

FOR INTERNAL PURPOSES ONLY:
PARA USO INTERNO EXCLUSIVO
Date Request Received: _____