

SOLICITUD DE ENMIENDA

Propósito: Este formulario es para documentar la solicitud de enmienda a la información protegida de salud que nosotros o nuestros socios de negocio mantenemos.

SECCIÓN A: Información sobre el solicitante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Número de Contrato: _____ Otra Identificación: _____

AL SOLICITANTE: Lea la solicitud y complete la información

Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información protegida de salud en los registros que mantenemos. Podemos rechazar su solicitud en ciertas circunstancias; por ejemplo, si la información no aparece en nuestros registros, si no originamos la información, si entendemos que la información está completa o es correcta, y por otras razones. Para solicitar enmiendas, complete la Sección B y someta los documentos de apoyo que sustentan su solicitud.

SECCIÓN B: Información de salud que se interesa enmendar:

Especifique la información que interesa se enmiende y la enmienda que debe tener: _____

Indique la razón para la solicitud de enmienda: _____

De ser aceptada su solicitud, indique el nombre y la dirección de cada persona a la que usted interesa que le notifiquemos la enmienda a su información.

FIRMA DEL SOLICITANTE – Usted tiene derecho a recibir copia de esta solicitud

_____ Fecha: _____

Si esta solicitud se presenta a nombre del asegurado, complete la siguiente información:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación con el Solicitante: _____