

Solicitud de enmienda de información médica protegida

Use este formulario para que usted o su representante personal soliciten una enmienda a la información médica que Jefferson Health Plans Medicare mantiene sobre usted.

Instrucciones para completar este formulario de enmienda

Parte 1: Información del miembro. Esta sección debe nombrar al miembro de Jefferson Health Plans Medicare al que hace referencia. Escriba en letra imprenta el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección y el número de teléfono del miembro, y el número de identificación de miembro.

Parte 2: Información que se enmendará/cambiará. Jefferson Health Plans Medicare no crea ni conserva su registro médico de paciente (p. ej., historia clínica, radiografías, resultados de pruebas). Comuníquese con su(s) proveedor(es) para obtener esta información. Jefferson Health Plans Medicare conserva toda la información de reclamaciones relacionada con su visita a un proveedor u hospital, hospitalización u otro centro médico. En esta sección describa la PHI que desea que se modifique. Jefferson Health Plans Medicare no podrá cambiar la información presentada por su proveedor. Por ejemplo, esto se aplicaría a un diagnóstico, la fecha del servicio o el tratamiento que recibió.

Parte 3: Revisión y aprobación. Se requiere la firma del *miembro*. Si el miembro es incapaz de firmar, un representante personal puede firmar en nombre del miembro. Se confirmará a los padres o tutores de menores de edad utilizando la información del estado. Un representante personal, como un albacea o alguien con un poder notarial, puede firmar con su nombre en lugar del miembro. Los documentos legales que demuestren la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o archivarse en Jefferson Health Plans Medicare; de lo contrario, la firma del representante personal no será válida y este formulario **NO** se procesará.

Jefferson Health Plans Medicare tiene 30 días para responder a una solicitud de enmienda. En el caso de que la solicitud no pueda cumplirse dentro de los 30 días, Jefferson Health Plans Medicare por ley recibe una extensión única de 30 días.

Complete TODAS las secciones. Si la información de este formulario no está completa, Jefferson Health Plans Medicare devolverá el formulario y no aprobará esta solicitud hasta que se complete en su totalidad.

Información de contacto

ENVÍE SU(S) FORMULARIO(S) A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono de Servicio de atención al miembro que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o escriba a:

**Jefferson Health Plans
Privacy Services
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
o por fax: 267-515-6666**



Solicitud de enmienda de la información médica protegida
Todos los campos son obligatorios.

Parte 1: Escriba en LETRA DE IMPRENTA la información que se solicita a continuación.

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:

N.º de identificación del miembro:

Parte 2: Enmienda solicitada

Describa la información médica protegida (PHI) que desea que se modifique.

Explique cómo la entrada es incorrecta o está incompleta. ¿Qué debe decir la entrada para que sea más precisa o completa? (Puede usar una hoja de papel adicional según sea necesario).

Proporcione la(s) fecha(s) de servicio asociada(s) con la PHI, si corresponde.

Indique el motivo de la enmienda solicitada.

Nota: Si Jefferson Health Plans Medicare no creó la información que usted solicita enmendar, debe comunicarse directamente con la entidad para enmendar la información. Por ejemplo, esto se aplicaría a su diagnóstico, la fecha del servicio o el tratamiento recibido. Si el proveedor acepta enmendar su información y notifica a Jefferson Health Plans Medicare, cambiaremos la información en nuestros registros. En ese caso, aún sería necesario enviar este formulario.

PARTE 3: Firma

He leído y comprendo la información anterior:

Nombre del miembro o representante personal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si usted es un representante personal, indique su relación con el miembro: _____

Tenga en cuenta que, si aún no se ha proporcionado, requeriremos la verificación de la autoridad de un representante personal, como una copia de un poder notarial para atención médica, general o duradero, antes de que esta solicitud se considere completa. Si el padre, la madre o el tutor realizan esta solicitud, complete lo siguiente: El miembro/participante es menor de ____ años de edad. Si presenta esta solicitud en nombre de un hijo menor de edad, es posible que necesitemos información adicional, como una orden judicial u otra documentación que demuestre la custodia u otro documento legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro antes de que esta solicitud se considere completa.