

SOLICITUD PARA ENMENDAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUDNombre del Afiliado: _____
(Letra de Molde)

Número de Contrato: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Otros: _____

1. Solicito que mi Información Protegida de Salud sea enmendada por la siguiente razón:

2. Para que mi información esté completa/correcta, debe cambiarse como sigue:

3. Si esta solicitud de enmienda es aprobada, ¿desea usted que una copia de la información enmendada sea enviada a quien se le haya divulgado su información en el pasado? Si su respuesta es afirmativa, favor de proporcionar a continuación más información sobre a quién:

Afiliado o Representante Autorizado_____
Firma_____
Fecha_____
Testigo (De ser necesario)_____
Firma_____
Fecha**Firmas de Aprobación: (Para uso de MCS Classicare solamente)**_____
Representante de Asuntos Clínicos_____
Firma_____
Fecha_____
Asesor Legal_____
Firma_____
Fecha_____
Representante de Unidad de Privacidad_____
Firma_____
Fecha**Para Uso de la Unidad de Privacidad Solamente:**

____ Solicitudo Aceptada

____ Solicitudo Denegada

Razón: _____

____ Se notificó al Afiliado

Fecha: _____

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje (incluyendo sus anejos) es solamente para el uso del destinatario arriba indicado y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este mensaje por error, favor de notificarlo al contacto indicado en el documento y destruir el mensaje original y todas las copias del mismo.