



Health Partners Plans

## Solicitud de enmienda de información médica protegida

A través de este formulario usted o su representante personal pueden solicitar una enmienda a su información médica que Health Partners Plans conserva en sus registros.

### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE ENMIENDA

**PARTE 1: información del miembro.** En esta sección se debe mencionar al miembro de Health Partners Plans (HPP) al que hace referencia. Escriba en letra de molde el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación del miembro.

**PARTE 2: información que se desea enmendar/modificar.** HPP no crea ni conserva registros médicos del paciente, como historias clínicas, radiografías, resultados de laboratorio, etc. Comuníquese con los proveedores para obtener este tipo de información. HPP conserva toda la información de reclamaciones relacionada con estancias en el hospital y visitas a proveedores, hospitales u otros centros médicos. En esta sección se describe la información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que desea enmendar. HPP no podrá modificar la información enviada por su proveedor, que incluye los diagnósticos, las fechas de prestación de servicios y los tratamientos recibidos.

**PARTE 3: revisión y aprobación.** Se necesita la firma del *miembro*. Si el miembro no puede firmar el formulario, un representante personal puede hacerlo en su nombre. Se corroborará la autenticidad de los padres o tutores de menores usando información del estado. Un representante personal, como un albacea o una persona con poder notarial, puede firmar con su nombre en el lugar donde debería firmar el miembro. Los documentos legales que autoricen al representante personal a actuar en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o estar archivados en HPP; de lo contrario, la firma del representante personal no tendrá validez y este formulario **NO** se procesará.

**HPP tiene 30 días para responder a una solicitud de enmienda. En caso de que no se pueda responder a la solicitud en este plazo, la ley le concede a HPP una extensión única de 30 días.**

**Complete TODAS las secciones. Si este formulario no está completo, Health Partners Plans lo devolverá y no aprobará la solicitud hasta que haya recibido el formulario completo.**

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

#### ENVÍE LOS FORMULARIOS A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono del Departamento de Servicios para los Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o envíe una carta a la siguiente dirección:

Health Partners Plans  
HIPAA Privacy Services  
901 Market Street, Suite 500  
Philadelphia, PA 19107  
o  
Por fax al: 267-515-6666

## Solicitud de enmienda de información médica protegida

### PARTE 1: escriba en LETRA DE MOLDE la siguiente información.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad/Código postal:

Teléfono: (    )

N.º de identificación del miembro:

### Parte 2: enmienda solicitada

Describa la PHI que desea enmendar. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Explique por qué el registro es incorrecto o está incompleto. ¿Qué información debería incluir el registro para ser más preciso o estar completo? (Puede utilizar otra hoja si lo necesita). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique las fechas de prestación de servicios relacionadas con la PHI (si corresponde). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique el motivo por el cual solicita la enmienda. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nota:** Si Health Partners Plans no creó la información para la cual solicita la enmienda, debe comunicarse directamente con la entidad que puede enmendar la información. Por ejemplo, dentro de este tipo de información se incluyen sus diagnósticos, las fechas de prestación de servicios o los tratamientos recibidos. Si el proveedor acepta enmendar la información y se lo notifica a Health Partners Plans, modificaremos la información en nuestros registros. En ese caso, seguirá siendo necesario presentar este formulario.

### PARTE 3: firma

#### He leído y entiendo la información mencionada anteriormente.

Nombre del miembro o del representante personal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted es representante personal, indique cuál es su relación con el miembro:  
\_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta lo siguiente: para que esta solicitud se considere completa, se le pedirá que proporcione, si aún no lo hizo, documentación que valide la autoridad del representante personal, como una copia del poder notarial de atención médica, general o duradero. Si quien realiza esta solicitud es un padre/tutor, complete lo siguiente: El miembro/participante es un menor de \_\_\_ años. Si presenta esta solicitud en nombre de un menor, para que se la considere completa, posiblemente solicitemos información adicional, como una orden judicial, documentación que valide la custodia u otros documentos legales que validen la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.*