



SOLICITUD PARA ENMENDAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre 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 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:		
<input type="checkbox"/> Solicitud Aceptada		
<input type="checkbox"/> Solicitud Denegada	Razón: _____	
<input type="checkbox"/> Se notificó al Afiliado	Fecha: _____	

MCS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). **ATTENTION:** If you speak English, language assistanceservices, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). **注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.