



SOLICITUD DE ENMIENDA

Propósito: Este formulario se utiliza para que una persona solicite enmendar información de salud protegida o registros que se encuentran en nuestros conjuntos de registros designados o en los conjuntos de registros designados de nuestros socios comerciales.

SECCIÓN A: Persona que solicita la enmienda de registros.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de identificación: _____ Número de Seguro Social (opcional): _____

SECCIÓN B: A la persona: lea lo siguiente y complete la información solicitada.

Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su información de salud protegida que se encuentra en nuestros conjuntos de registros designados o en los de nuestros socios comerciales. Podemos rechazar su solicitud si la información no es parte de estos conjuntos de registros designados, si nosotros no creamos la información, si creemos que la información está completa y es precisa, o si la información pertenece a notas de psicoterapia, fue compilada antes de o para su uso en acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos, o si no está sujeta a divulgación a usted en virtud de las Enmiendas sobre Mejora de Laboratorios Clínicos de 1988 (Código de los Estados Unidos N.º 42, párr. 263a). Para ejercitar su derecho a solicitar la enmienda, complete esta Sección B.

Especifique los registros que desea enmendar y las enmiendas que desea hacer: _____

Especifique los motivos de las enmiendas: _____

Indique el nombre y la dirección de cada persona a la que desea notificar de la enmienda en el caso de que estemos de acuerdo con hacer la enmienda que usted solicita. Debe proporcionarnos una autorización firmada para que nosotros les notifiquemos a estas personas. Podemos suministrarle el formulario de autorización correspondiente.

FIRMA DE LA PERSONA.

_____ Fecha: _____

Si esta solicitud es realizada por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la persona: _____

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD.

Envíe el formulario completado a:

BlueCross BlueShield of Tennessee
Privacy Office
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga TN 37402