

**MEMBER REQUEST FOR AMENDMENT TO RECORDS FORM / 会员记录修改申请表**

请填写此表格，申请更改由 Providence Health Assurance (PHA) 创建的健康信息。此申请仅适用于 PHA 创建的记录。PHA 无法修改其他机构（如您的提供办公室或医院）创建的记录。如有此需求，请直接联系您的医生。请使用您的会员 ID 卡协助您填写第 A 部分的信息。



<b>PART A: MEMBER INFORMATION (Provide your name and personal information) / 第 A 部分：会员信息（提供您的姓名和个人信息）</b>		
Member Last Name / 会员姓氏	Member First Name / 会员名字	Middle Initial / 中间名首字母
Member Date of Birth / 会员出生日期	Member Identification Number (see your ID card) / 会员身份识别号（请参见您的 ID 卡）	Group Number (see your ID card) / 组号（请参见您的 ID 卡）
Member Home/Street Address / 会员家庭/街道地址	City, State, and Zip Code / 城市，州和邮编	Preferred Phone Number / 常用电话号码

<b>PART B: TELL US WHAT INFORMATION YOU WOULD LIKE TO AMEND / 第 B 部分：请告诉我们您希望修改哪些信息。</b>
<p>Describe the information you believe is incorrect / 请描述您认为有误的信息：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Date(s) of service related to request / 与申请相关的服务日期：</p> <p>_____</p>

**PART C: INDICATE WHERE TO SEND YOUR AMENDED RECORD(S) IF YOUR REQUEST FOR AMENDMENT IS APPROVED / 第 C 部分：如果您的更改申请获批，请注明修正后的记录应发送至何处**

Paper copy to the above mailing address in Part A / 纸质副本请邮寄至上述的第 A 部分地址。

Paper copy to the address below / 纸质副本请邮寄至以下地址：

Name / 姓名： \_\_\_\_\_

Address / 地址： \_\_\_\_\_

City, State, Zip / 城市，州，邮编： \_\_\_\_\_

Phone Number / 电话号码： \_\_\_\_\_

Electronic copy emailed to / 电子副本请发送至邮箱： \_\_\_\_\_  
(Email address) / (电子邮箱地址)

*Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified. Initial if you wish email to be sent unencrypted / 除非另有说明，信息将通过安全（加密）电子邮件发送。如希望通过未加密邮件发送，请在此处签姓名首字母确认： \_\_\_\_\_。*

*Note, some level of risk is associated with sending your health information via unencrypted email or by mail, as your records could be accessed by an unauthorized third party. / 请注意，通过未加密电子邮件或邮寄方式发送您的健康信息存在一定风险，您的记录可能会被未经授权的第三方访问。*

**PART D: MEMBER SIGNATURE AND DATE (Sign your name and write the date below) / 第 D 部分：会员签名和日期（请在下方签名并填写日期）**

\_\_\_\_\_  
Member's Signature / 会员签名

\_\_\_\_\_  
Date / 日期

\_\_\_\_\_  
Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature / 会员指定法律代表/监护人签名

\_\_\_\_\_  
Date / 日期

Relationship to Member / 与会员的关系：  Parent of a Minor / 未成年人的父母  
 \*Legal Guardian / \*法定监护人  \*Power of Attorney / \*具有代理权

*\*If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney. / \*如果本表由会员以外的其他人签署，请附上监护人授权法律文件或委托书。*

## 第 E 部分：将填写完成的表格交回 PHA

邮寄：	传真：	电子邮件：
Providence Health Assurance PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	phpprivacyprogram@providence.org

如有任何疑问，请致电 Providence Medicare Advantage Plans，电话 503-574-8000 或 1-800-603-2340。TTY 用户请拨打 711。我们每周七天均开放，服务时间为上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。4 月 1<sup>日</sup>至 9 月 30<sup>日</sup>期间，我们周六和周日休息。



### 我有权更改健康信息意味着什么？

依据 1996 年《健康保险便利性和责任法案》(HIPAA)，您或您的个人代表有权要求对 PHA 在指定记录集 (DRS) 中维护的受保护健康信息进行修改。

### 我需要了解哪些内容才能行使这一权利？

- PHA 无法修改由他人（如您的提供者）创建的记录，或更改原本完整且准确的信息。
- PHA 将在 60 天内回复您的申请。如需更多时间，我们会以书面形式通知您（最多可再延长 30 天）。如果您的申请被拒绝，我们会说明原因，并告知您如有异议可如何以书面形式回应。
- 如果您的申请获得批准，您的修改内容将添加至您的记录中。