

MEMBER REQUEST FOR AMENDMENT TO RECORDS FORM / FORMULARIO DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE REGISTROS POR PARTE DE UN MIEMBRO

Complete este formulario para solicitar una modificación de su información de salud creada por Providence Health Assurance (PHA). Esta solicitud solo se aplica a los registros creados por PHA. PHA no puede modificar los registros creados por otras entidades, como el consultorio de su proveedor o el hospital. Para esas solicitudes, comuníquese directamente con su proveedor. Utilice su tarjeta de identificación de miembro para completar la información de la Parte A.



PART A: MEMBER INFORMATION (<i>Provide your name and personal information</i>) / PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (<i>Proporcione su nombre e información personal</i>)		
Member Last Name / Apellido del miembro	Member First Name / Primer nombre del miembro	Middle Initial / Inicial del 2.º nombre
Member Date of Birth / Fecha de nacimiento del miembro	Member Identification Number (see your ID card) / Número de identificación del miembro (consulte su tarjeta de identificación)	Group Number (see your ID card) / Número de grupo (consulte su tarjeta de identificación)
Member Home/Street Address / Dirección/calle de residencia del miembro	City, State, and Zip Code / Ciudad, estado y código postal	Preferred Phone Number / Número de teléfono preferido

**PART B: TELL US WHAT INFORMATION YOU WOULD LIKE TO AMEND /
PARTE B: INDÍQUENOS QUÉ INFORMACIÓN DESEA MODIFICAR**

Describe the information you believe is incorrect /
Describa la información que cree que es incorrecta: _____

Date(s) of service related to request /
Fecha(s) del servicio relacionado
con la solicitud: _____

**PART C: INDICATE WHERE TO SEND YOUR AMENDED RECORD(S) IF YOUR
REQUEST FOR AMENDMENT IS APPROVED / PARTE C: INDIQUE A DÓNDE SE
DEBE ENVIAR SUS REGISTROS MODIFICADOS SI SE APRUEBA SU SOLICITUD DE
MODIFICACIÓN**

Paper copy to the above mailing address in Part A / Copia impresa a la dirección postal
indicada en la Parte A.

Paper copy to the address below / Copia impresa a la siguiente dirección:

Name / Nombre: _____

Address / Dirección: _____

City, State, Zip /
Ciudad, estado,
código postal: _____

Phone Number /
Número de teléfono: _____

Electronic copy emailed to /
Copia electrónica enviada
por correo electrónico a esta
dirección: _____

(Email address) / (Dirección de correo electrónico)

*Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified. Initial if you wish
email to be sent unencrypted / La información se enviará por correo electrónico seguro (cifrado)
a menos que se especifique lo contrario. Escriba sus iniciales si desea que el correo electrónico se
envíe sin cifrar: _____.*

*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. / Tenga en cuenta
que enviar su información de salud por correo electrónico sin cifrar o por correo postal conlleva
cierto riesgo, ya que terceros no autorizados podrían acceder a sus registros.*

PART D: MEMBER SIGNATURE AND DATE (Sign your name and write the date below) / PARTE D: FIRMA DEL MIEMBRO Y FECHA (Firme con su nombre y escriba la fecha a continuación)

Member's Signature / Firma del miembro

Date / Fecha

Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature / Firma del representante designado/tutor legal del miembro

Date / Fecha

Relationship to Member / Relación con el miembro: *Parent of a Minor / Padre/madre del menor* **Legal Guardian / *Tutor legal* **Power of Attorney / *Poder de representación*

**If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney. / *Si este formulario está firmado por una persona distinta del miembro, adjunte la documentación legal que autoriza la tutela o el poder de representación.*

PARTE E: ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A PHA

Correo postal:	Fax:	Correo electrónico:
Providence Health Assurance PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	phpprivacyprogram@providence.org

Si tiene alguna pregunta, llame a Providence Medicare Advantage Plans al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, cerraremos los sábados y domingos.



¿Qué implica mi derecho a modificar a la información de salud?

Usted o su representante personal tienen derecho a solicitar la modificación de su información de salud protegida, que PHA conserva en un conjunto de registros designados (Designated record set, DRS) de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.

¿Qué debo entender yo para usar este derecho?

- PHA no puede modificar registros creados por otra persona, como su proveedor, ni cambiar información que sea completa y precisa tal como está.
- PHA responderá a su solicitud en un plazo de 60 días. Si necesitamos más tiempo, se lo comunicaremos por escrito (podría tardar hasta 30 días más). Si su solicitud es denegada, le explicaremos por qué y cómo puede responder por escrito si no está de acuerdo.
- Si se aprueba su solicitud, la modificación se añadirá a su registro.