

Solicitud para enmendar o cambiar la PHI

La Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") otorga a las Personas * el derecho a cambiar (enmendar) su Información Médica Protegida ("PHI") o un registro sobre la Persona en un conjunto de registros diseñado (DRS) si creen que es incorrecto o incompleto. UNITE HERE HEALTH (UHH) puede denegar la solicitud de una persona si la PHI o el registro:

- No fue creado por UHH (con excepciones limitadas), no es parte del DRS de la persona o no está sujeto a inspección
- Es preciso y completo

UHH notificará a la persona (generalmente en un plazo de 60 días) si la PHI o el registro se corrigieron o si se rechazó la solicitud. Si se rechaza la solicitud, las personas pueden presentar una declaración de desacuerdo.

Para solicitar una enmienda a su PHI, complete y envíe este formulario de la siguiente manera:

En persona

Entregue en persona en cualquier oficina de UHH (consulte www.UHH.org para la dirección de su oficina local)

Por correo postal a:

UNITE HERE HEALTH
Attn: HIPAA Privacy Officer
711 North Commons Dr.
Aurora, Illinois 60504

Por fax a: (630) 236-5286

Por correo electrónico a:

HIPAA@uhh.org

Por favor tenga en cuenta: Si elige enviar información personal por correo electrónico a UHH, no podemos garantizar que permanecerá privada o segura hasta que se reciba.

Para ayuda:

Llame a: (630) 236-5100 y pregunte por el Oficial de Privacidad de HIPAA

Sección A: Información de la persona

Nombre de la persona:

Dirección

Ciudad, estado y código postal:

Número de teléfono ()

Fecha de nacimiento ____/____/____

Identificación de miembro o los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro:

Relación con el participante:

* El individuo es el miembro de UHH o dependiente que es sujeto de la PHI.

Sección B: Información del participante (esta sección es obligatoria si es diferente de la del individuo)

Nombre del participante:

Fecha de nacimiento ____/____/____

Sección C: Solicitud de enmienda de PHI
<p>Describe la PHI o el registro que se solicitó cambiar y cómo se debe cambiar:</p> <p>Describe el motivo del cambio:</p> <p><input type="checkbox"/> Si se aprueba esta solicitud de enmienda de PHI, UHH también debe notificar a las siguientes personas y/u organizaciones (incluya información de contacto) sobre el cambio:</p> <p>Nombre: _____ Datos de contacto: _____</p> <p>Nombre: _____ Datos de contacto: _____</p>

Sección D: Firma
Nombre de la persona que completa el formulario
Número de teléfono ()
Relación con el individuo*:
Firma: _____

Nota: Esta solicitud no entrará en vigencia hasta que sea aprobada por UHH. Se le notificará por escrito de la decisión de UHH.

* Si este formulario es enviado por un representante personal (por ejemplo: alguien que tenga autoridad según la ley aplicable para actuar en nombre de alguien, como un tutor legal, albacea, alguien con poder notarial duradero), presente también prueba de dicha autoridad.

For UHH Use Only (Solo para uso de UHH)
Received by:
Name: _____ Date: ____/____/____
Completed by:
Name: _____ Date: ____/____/____ (date accounting sent to individual)