

Llene y regrese este formulario para solicitar una corrección o "enmienda" de la información que usted cree que está incorrecta o incompleta en los registros conservados por Presbyterian Healthcare Services, Presbyterian Health Plan, Inc., o Presbyterian Insurance Company, Inc. ("Presbyterian").

Nombre del paciente o afiliado: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección _____ Teléfono: _____

¿Cuál entidad de Presbyterian tiene la información o registros incorrectos o incompletos?

- Presbyterian Healthcare Services Entidad: _____
- Presbyterian Health Plan, Inc.
- Presbyterian Insurance Company, Inc.

¿Qué información o registro(s) está incorrecta o incompleta? (Adjunte hojas adicionales de ser necesario)

¿Cómo se debe cambiar la información o registro(s) para que sean más precisa o completa?

Entiendo que, si mi solicitud es aprobada, la entidad de Presbyterian que indiqué anteriormente está obligada a proporcionar la enmienda a sus socios de negocios u otros que se determine que necesitan la enmienda.

Además, también entiendo que, si se aprueba mi solicitud, la enmienda se proporcionará a cualquier otra persona u organización que yo identifique que necesita la enmienda en conformidad con una autorización válida por escrito para dicha divulgación.

Entiendo que una solicitud de enmienda de información o registro(s) no creado por la entidad de Presbyterian indicada anteriormente, será denegada a menos que proporcione evidencia razonable de que el originador de la información o registro(s) ya no está disponible para actuar en mi solicitud.

Yo soy el paciente o afiliado o estoy legalmente autorizado como representante del paciente o afiliado para legalizar este formulario en nombre del paciente o afiliado y aceptar estos términos.

Firma del paciente, afiliado o representante legal autorizado

Fecha: ____ / ____ / ____

Relación con el paciente o afiliado (necesario si es firmado por un representante)

Nombre en letra de molde (necesario si es firmado por un representante)

Presbyterian presta servicios para mejorar la salud de las personas, familias y comunidades.



**REQUEST TO CORRECT/AMEND PHI
SOLICITUD PARA CORREGIR O ENMENDAR
INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE**