

# **Instrucciones para completar el Formulario de solicitud de modificación de la información médica confidencial de Highmark Health Options**

## **Sección A: Información sobre el miembro**

1. Escriba el nombre y el apellido del miembro cuya información se modifica.
2. Escriba el número de identificación del miembro.
3. Escriba la dirección del miembro.
4. Escriba la fecha de nacimiento del miembro.
5. Escriba el número de teléfono del miembro.

## **Sección B: Información médica que debe divulgarse**

1. Escriba la información que desea que Highmark Health Options modifique o agregue.
  - a. Por ejemplo: todos los registros, solo registros durante estas fechas, solo registros relacionados con el Dr. Smith, todos los registros relacionados con mi tratamiento de rehabilitación, etc.).
2. Escriba los cambios que desea hacer en sus registros.
  - a. Por ejemplo: la fecha, el diagnóstico, etc.
  - b. Tenga en cuenta que, para efectuar la modificación, deberá presentar documentación.
3. Indique el motivo por el cual desea que Highmark Health Options modifique esta información.
  - a. Por ejemplo: La información es incompleta, incorrecta, etc.

## **Sección C: Firma**

1. Esta autorización debe ser firmada y fechada por el miembro cuya información debe modificarse.
2. A fin de que Highmark Health Options apruebe la modificación solicitada, es posible que le solicitemos información antes de decidir si podemos cumplir con su pedido. Si es necesario, adjunte la información a este formulario cuando lo devuelva.
3. Si el miembro no puede firmar este formulario, el formulario podrá ser firmado y fechado por un representante personal con autoridad legal registrado en Highmark Health Options. Si el formulario es firmado por un representante personal en nombre del miembro:
  - a. Escriba la relación del representante personal con el miembro.
  - b. Escriba el número de teléfono del representante personal.
  - c. Escriba la dirección del representante personal.

## **Sección D: Representantes personales**

Si completa este formulario en nombre de un miembro de Highmark Health Options, tenga a bien indicar la autoridad legal que le otorga derecho (p. ej.: formulario de representante legal, poder notarial para atención médica, custodia legal, etc.) en esta sección.

Si aún no lo ha hecho, deberá completar un Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información y enviarlo a Highmark Health Options. Si el formulario no estuviera registrado al momento de recibir este formulario, la solicitud será denegada. El formulario se puede obtener y devolver de la misma manera que el Formulario de solicitud de modificación.





## Solicitud de modificación de información médica confidencial

### Sección A: Información sobre el miembro (en letra de imprenta)

Nombre del miembro:	Núm. de ID de miembro:
Dirección:	
Fecha de nac.:	Teléfono:

### Sección B: Modificación solicitada:

**¿Qué información desea que Highmark Health Options modifique o agregue?**

**¿Qué cambios desea que hagamos?**

**¿Por qué motivo desea que Highmark Health Options modifique esta información?** A continuación indico el motivo por el cual deseo que se modifique mi información médica confidencial (es decir, la información es incompleta, incorrecta, etc.):

### Sección C: Firma

Entiendo que Highmark Health Options no tiene ninguna obligación de aceptar esta solicitud de modificación de mi información médica confidencial y entiendo que mi solicitud de una modificación puede ser rechazada si el registro o la información médica confidencial no fueron creados por Highmark Health Options; la información médica confidencial no forma parte del "conjunto de registros designados" del miembro; o si el registro o la información médica confidencial son precisos y completos.

Entiendo que la solicitud de una modificación o adición formará parte de mi información médica confidencial permanente y que será enviada como parte de mi registro designado en respuesta a cualquier solicitud autorizada de mi información médica confidencial.

A fin de que Highmark Health Options apruebe la modificación, es posible que le solicitemos información adicional antes de decidir si podemos cumplir con su pedido.

Entiendo que si Highmark Health Options deniega mi solicitud, puedo tener derecho a solicitar que se reconsidere la decisión de la denegación. En tal caso, deberé presentar mi solicitud de reconsideración por escrito a:

Privacy Department  
Highmark Health Options  
PO Box 890419  
Camp Hill, PA 17089

Entiendo que cualquier formulario incompleto devuelto a Highmark Health Options me será devuelto para que lo complete, y mi solicitud de modificación no se implementará hasta que no se reciba toda la información completa y se la procese.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta autorización es firmada por una persona en nombre del miembro que se indica en la parte superior de este formulario, adjunte el documento (es decir, poder legal general) que verifique la autoridad del firmante para actuar en nombre del miembro.

**Sección D: Si usted es un representante personal que completa el formulario en nombre de un miembro de Highmark Health Options, escriba a continuación la relación y la razón legal que le otorga este derecho (es decir, poder notarial, tutela, etc.). Si no lo ha hecho, deberá completar un Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información y enviarlo a Highmark Health Options. Podrá obtener el formulario y devolverlo de la misma manera que el Formulario de solicitud de modificación.**

Si no es miembro, escriba su nombre:	Relación con el miembro:
Figura jurídica registrada:	Número de teléfono:
Dirección:	



## Discrimination Is Against the Law

Highmark Health Options complies with applicable Federal civil rights laws and regulations and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, health status, sex, sexual orientation or gender identity. Highmark Health Options does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, health status, sex, sexual orientation or gender identity.

You can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Help in Your Language

Highmark Health Options provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters.
  - Written information in other formats (large print, Braille, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters.
  - Information written in other languages.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

Si w pale kreyòl ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou do kat identifikasyon w lan (TTY: 711).

注意：如果您讲中文，可以免费为您提供语言协助服务。拨打您的卡背面的号码（听障人士专用号码：(TTY: 711)）。

注：英語を話す場合は、無料の言語支援サービスを利用できます。あなたのIDカードの裏面（：711 TTY）の番号を呼び出します。

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો, તમારા માટે ભાષા સહાયતા સેવાઓ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર ફોન કરો (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique vous sont offerts gratuitement. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d'identification (TTY : 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 카드 뒷면의 번호로 전화하십시오 (TTY: 711).

ATTENZIONE: Se parla italiano, per Lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero presente sul retro della Sua carta di identificazione (TTY: 711).

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, luôn có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlose Unterstützung in Ihrer Sprache zur Verfügung. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may maaari kang kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong card (TTY: 711).

कृपया ध्यान दें: यदि आप ह्रिन्दी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए नशिल्क उपलब्ध हैं। अपने पहचान कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर कॉल करें (TTY: 711)।

ئەگەر ئۆزۈڭلەر ئىنگلىز تىلىدا سۆزلىشىڭلار، بىز ئۆزۈڭلەرگە ئەڭ ياخشى تىلدا سۆزلىشىشكە ياردەم بېرىشكە تەييارمىز. ئۆزۈڭلەرگە كۆرسىتىلگەن نومۇرنى چاقىرىڭلار (TTY: 711).

تەنھەرىكەت تەشەببۇس قىلىشقا، ئەگەر ئۆزۈڭلەر ئىنگلىز تىلىدا سۆزلىشىڭلار، بىز ئۆزۈڭلەرگە ئەڭ ياخشى تىلدا سۆزلىشىشكە ياردەم بېرىشكە تەييارمىز. ئۆزۈڭلەرگە كۆرسىتىلگەن نومۇرنى چاقىرىڭلار (TTY: 711).

గమనోక: మనీరు తొలుగు మనీరు లాడు వారణాశ్రీ, భాషా సహాయక సేవలు, ఖరీదు లోకుండా, మనీరు లభ్యం అవుతుంది. మనీరు ఐడీ కార్డుకు (TTY: 711) వసుక వజ్రము ఉన్న నంబర్ కి ఫోన్ చేయండి.