



SOLICITUD PARA MODIFICAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Los pacientes de FIGHT tienen derecho a corregir errores o inexactitudes en la PHI que se usa para tomar decisiones sobre ellos.

En algunos casos, FIGHT puede negar esta solicitud. FIGHT evaluará esta solicitud y notificaremos al paciente nuestra decisión en el plazo de sesenta (60) días después de esta solicitud. Si se aprueba la solicitud, FIGHT dará la información en el plazo de sesenta (60) días. FIGHT da este formulario para cumplir la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996 y sus reglamentaciones.

Primer nombre y apellido del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cambio solicitado en la PHI. Dé las fechas, el diagnóstico, el tratamiento o cualquier otra indicación sobre la información específica que quiere cambiar: _____

Identifique a las personas (incluyendo las direcciones y los teléfonos) que recibieron esta PHI (antes de la modificación) y a quienes se les debe notificar sobre la modificación: _____

TENGA EN CUENTA que si FIGHT acepta la modificación solicitada, por ley debe notificar a las personas mencionadas arriba y a todas las demás personas que FIGHT sabe que tienen PHI sujeta a la modificación y que pueden haber confiado o podrían confiar en dicha información a su perjuicio.

Esta solicitud fue hecha por: _____
Nombre en letra de molde del solicitante: paciente o representante legal

Firma del paciente o del representante legal del paciente
(Debe completar el formulario antes de firmarlo). Fecha

Nombre en letra de molde del representante legal del paciente: _____ Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente: _____

Si FIGHT rechaza la modificación/corrección solicitada, usted tiene derecho a presentar una declaración por escrito en la que no esté de acuerdo con la denegación y el motivo de su desacuerdo. La declaración se puede enviar a: Philadelphia FIGHT Privacy Officer, 1233 Locust Street, 5th Fl., Philadelphia PA, 19107. FIGHT puede limitar razonablemente la extensión de su declaración por escrito y puede preparar una refutación a su declaración de desacuerdo por escrito (y entregarle una copia).

Si FIGHT rechaza la enmienda/corrección solicitada y usted no presenta una declaración de desacuerdo por escrito como se mencionó arriba, usted puede solicitar que FIGHT incluya una copia de ese documento con cualquier Revelación futura de PHI que sea objeto de la solicitud. Presente cualquier solicitud de este tipo a FIGHT a la dirección mencionada en el párrafo de arriba a la atención del director de Privacidad. Haga su solicitud por escrito con firma y fecha.

Si cree que FIGHT no cumplió sus obligaciones como se explica en el Aviso de prácticas de privacidad o las obligaciones legales según la ley estatal o federal, puede comunicarse con el director de Privacidad de FIGHT por teléfono al (215) 985-4448 ext. 223 o por correo electrónico a privacy@fight.org con respecto a su queja o envíe una queja por escrito a la misma dirección como una declaración de desacuerdo. También puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en el plazo de 180 días a partir de la fecha en que sabe o debería saber sobre el acto que es objeto de su queja. Debe presentar la queja ante el secretario por escrito, ya sea electrónicamente o impresa.

SOLO PARA USO INTERNO DE FIGHT

El personal debe enviar este formulario de solicitud por correo electrónico al director de Privacidad de FIGHT a privacy@fight.org en el plazo de diez (10) días después de la recepción de la solicitud.

Este formulario se puede presentar en persona en cualquier Centro Médico Philadelphia FIGHT, por correo electrónico a privacy@fight.org, por fax 215-732-1145 Atención: Privacy Officer o por correo postal a Philadelphia FIGHT Privacy Officer, 1233 Locust St. 5th Floor, Philadelphia PA 19107.