MoreCare®
A Medical Home Network Affiliate

Devolver a: MoreCare
ATTN: Compliance
180 N. Stetson Ave., Suite 600-1
Chicago, Illinois 60601 compliance@morecareil.com

SOLICITUD PARA ENMENDAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Utilice este formulario para solicitar una enmienda a su información médica mantenida por MoreCare o entidades en nombre de MoreCare. Si MoreCare no es el creador de la información que está solicitando enmendar, deberá comunicarse directamente con el creador para enmendar la información. Por ejemplo, es probable que no podamos modificar la información relacionada con el diagnóstico, la fecha de servicio o el tratamiento recibido. Deberá ponerse en contacto con su proveedor de salud para enmendar esta información. Si su proveedor de salud acepta enmendar su información y notifica a MoreCare, entonces cambiaremos la información en nuestros registros. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con el número de Servicio al Cliente al **(844) 480-8528.**

I. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO: (Nombre e información de la persona para quien se solicita la enmienda).

Nombre:_____

Dirección:_____

Número de identificación del miembro: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

II. SOLICITUD: (Información sobre la información que desea enmendar).

Describa la PHI que se enmendará.: _____

Cambio solicitado: _____

Fecha(s) del servicio asociadas con la PHI (si corresponde):_____

Justificación para la enmienda solicitada: _____

Si MoreCare aprueba esta solicitud de enmienda, la información enmendada se incluirá en todas las divulgaciones y correspondencias futuras. MoreCare proporcionará la enmienda a las personas/organizaciones que identifique a continuación.

Enumere los nombres y las direcciones de las personas u organizaciones para notificar si MoreCare acepta hacer la enmienda:

III. FIRMA

Solicito que MoreCare enmiende mi PHI, tal como se especifica en la Sección II anterior. He leído y entiendo la información antes mencionada.

El miembro debe firmar este formulario para autorizar a MoreCare a enmendar su PHI. Si el miembro no puede firmar, solo el representante legal del miembro puede hacerlo. Si usted es el representante legal del miembro, describa esto a continuación y envíe a MoreCare copias de esos formularios (como un poder notarial u orden de tutela). Los miembros mayores de 18 años deben firmar el formulario en representación propia.

Firma del miembro:_____Fecha: _____

Firma del representante (si corresponde): _____

Relación con el miembro: _____