



درخواست اصلاح اطلاعات درمانی محافظت شده

شما می‌توانید از این فرم برای درخواست اصلاح اطلاعات درمانی محافظت شده («PHI») خود یا یکی از اطلاعات ثبت شده که توسط Blue Shield of California در مجموعه سوابق مشخصی نگهداری می‌شود، استفاده کنید.

مجموعه سوابق مشخص گروهی از سوابق شامل اطلاعات ثبت‌نام، پرداخت، تصمیم‌گیری در مورد مطالبات، پرونده‌ها یا سوابق مدیریت پزشکی، یا سایر اطلاعاتی که مورد استفاده در تصمیم‌گیری درباره شما هستند، که توسط یا برای Blue Shield of California نگهداری می‌شوند.

ممکن است به دلایل خاصی از جمله اینکه، به عنوان مثال، اطلاعات موردنظر جزو مجموعه سوابق مشخص نباشد، ما اطلاعات موردنظر را ایجاد نکرده باشیم، یا معتقد باشیم که اطلاعات کامل و دقیق است، درخواست شما برای اصلاح اطلاعات را رد کنیم. ما به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد که آیا درخواست شما پذیرفته یا رد شده است.

لطفاً توجه داشته باشید که ما سوابق پزشکی را حفظ نمی‌کنیم. برای درخواست اصلاحات در سوابق پزشکی خود باید با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی یا مرکز درمانی خود تماس بگیرید.

شخص درخواست‌کننده اصلاحیه:

نام:

شماره اشتراک:

نشانی:

شماره تلفن:

تاریخ تولد:

لطفاً سوابقی را که می‌خواهید اصلاح شود و اصلاحاتی که می‌خواهید انجام دهید را مشخص کنید:

لطفاً دلیل(دلایل) اصلاح(های) درخواستی را ذکر کنید:

امضای شخص، والدین فرزند صغیر یا نماینده شخصی:

تاریخ

امضاء

اگر این فرم توسط شخصی به غیر از خود شخص یا اولیای کودک صغیر از قبیل نماینده شخصی/قانونی یا قیم امضاء شود، باید مدرکی که حق شما را برای اقدام از طرف فرد در رابطه با مراقبت‌های درمانی/PHI آنها نشان می‌دهد مانند مجوز معتبر HIPAA، وکالت‌نامه مراقبت‌های درمانی، یا اسناد سرپرستی را تسلیم نمایید. همچنین لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید:

نام، آدرس، و نسبت نماینده با فردی که این درخواست برای او ارسال شده است (با حروف خوانا):

درخواست تکمیل شده و امضاء شده را به این نشانی ارسال نمایید:

Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

H0504_13-FA_144E 07052013

S2468_13-FA_144E 07052013

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A55569XLB-FA_0923