



Kahilingan para sa pagbabago ng protektadong impormasyong pangkalusugan

Gamitin ang form na ito para humiling ng pagbabago ng inyong protektadong impormasyong pangkalusugan (protected health information, PHI) o ng talaan tungkol sa inyo na pinapanatili ng Blue Shield of California sa isang nakatalagang record set.

Ang isang nakatalagang record set ay grupo ng mga talaang pinapanatili ng o para sa Blue Shield of California, kabilang ang enrollment, pagbabayad, paghatol ng mga claim, mga talaan ng kaso o medikal na pamamahala, o iba pang impormasyong ginagamit namin sa pagpapasya tungkol sa inyo.

Maaari naming tanggihan ang inyong kahilingan sa pagbabago para sa mga partikular na dahilan, kabilang ang, halimbawa, na ang impormasyon ay hindi bahagi ng isang nakatalagang record set, hindi kami ang gumawa ng impormasyon, o naniniwala kami na ang impormasyon ay kumpleto at tumpak. Aabisuhan namin kayo sa pamamagitan ng sulat kung ang inyong kahilingan ay napagbigyan o tinanggihan.

Pakitandaan na hindi kami nagpapanatili ng inyong mga talaang medikal. Kailangan ninyong makipag-ugnayan sa inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan o pasilidad upang hilingin ang mga pagbabago sa inyong mga talaang medikal.

Indibidwal na humihiling ng pagbabago:

Pangalan:

ID number ng subscriber:

Address:

Numero ng telepono

Petsa ng kapanganakan:

Pakitukoy ang mga talaang nais ninyong baguhin at ang (mga) pagbabagong nais ninyong gawin:

Pakisaad ang (mga) dahilan para sa (mga) hiniling na pagbabago:

Lagda ng indibidwal, magulang ng menor de edad, o personal na kinatawan:

Lagda

Kung nilagdaan ang form na ito ng taong maliban sa indibidwal o ng magulang ng menor de edad, tulad ng personal/legal na kinatawan o tagapangalaga, **dapat kayong magsumite ng dokumentasyon** na nagpapakita ng inyong karapatang kumilos para sa o sa ngalan ng indibidwal na kaugnay ng kanilang pangangalagang pangkalusugan/PHI tulad ng valid na awtorisasyon ng HIPAA, power of attorney hinggil sa pangangalang pangkalusugan, o mga papel ng pangangalaga. **Pakibigay din ng sumusunod na impormasyon:**

Pangalan, address, at relasyon ng kinatawan sa indibidwal kung para kanino ginawa ang kahilingang ito (naka-print):

Petsa:

Ibalik ang nakumpleto at nilagdaang kahilingan sa:

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

H0504_13-TA_144E 07052013

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

S2468_13-TA_144E 07052013

A55569XLB-TA_0923