

Solicitud de Enmienda del Registro de un Miembro

Usted o su representante autorizado puede solicitar que se realice una enmienda (cambio) en la información médico personal (PHI) contenida en su registro de gestión de cuidados médicos de MBHP o expediente designado (DRS, en inglés). Llene el formulario este y vuelva a la dirección o número de fax abajo. MBHP no puede responder a las solicitudes que no estén completas. Se le devolverá este formulario si no se llena en su totalidad.

Nombre del Miembro

Fecha de Solicitud

Fecha de nacimiento del Miembro

Número de Seguro Social del Miembro

Persona que solicita la enmienda (si es diferente)

Firma del Miembro

Dirección a la cual se debe enviar la decisión:

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

***NOTA:** Si usted solicita enmendar la información en nombre de otra persona diferente a usted, sírvase adjuntar prueba de su autoridad para hacerlo (por ejemplo, una orden de tutoría, orden de custodia u orden de un tribunal).*

Firma del solicitante

Llene la siguiente página y envíe ambas páginas completas por fax o correo a:

Privacy Officer
Massachusetts Behavioral Health Partnership
200 State Street, Suite 305
Boston, MA 02109
Fax: (855) 643-2339

Si usted tiene alguna pregunta, sírvase contactar al departamento de Relaciones con la Comunidad al 800-495-0086.

Solicitud de Enmienda del Registro de un Miembro

Sírvase especificar la información que desea enmendar (lo que quiere que el registro diga), o anexe copia de la enmienda que quiera que se coloque en sus registros. Use hojas adicionales, si es necesario.

Además:

- Describe porque solicita esta enmienda.
- Identifique específicamente que parte de su registro o conjunto de registros designados desea enmendar.

Si se acepta su solicitud de enmendar su registro:

MBHP incluirá la enmienda en sus registros. Si lo desea, también notificaremos a otros que su registro se ha enmendado. Cuando firme este formulario, usted autoriza que notifiquemos a estas personas.

¿Quien necesitará recibir notificación de una enmienda de su registro si se aprueba su solicitud?

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Si se niega total o parcialmente su solicitud de enmendar su registro:

MBHP le notificará por escrito la razón de la negativa y de que manera usted puede:

- Solicitar que se incluya en su registro una Declaración Escrita de Desacuerdo de la negativa;
- Quejarse ante MBHP y el departamento de Salud y Servicios Humanos acerca de la negativa; y/o
- Solicitar a MBHP que incluya su solicitud de enmienda y nuestra negativa cada vez que se divulguen sus registros en el futuro.

MBHP cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, ascendencia, edad, discapacidad, credo religioso, sexo, orientación sexual, identidad de género, estereotipos, información genética o estado de veterano. Aviso de MBHP de discriminación puede encontrarse en <http://www.masspartnership.com/member/NonDiscriminationNotice.aspx>.

Puede obtener esta información en otros idiomas y otros formatos, tales como letra de imprenta grande o Braille.

Llámenos al 1-800-495-0086 de lunes a jueves, de 8 de la mañana a 5 de la tarde, y el viernes de 9:30 de la mañana a 5 de la tarde. ¡La llamada es gratuita! Llame al dispositivo de telecomunicaciones para personas con pérdida auditiva (TTY, por sus siglas en inglés): 1-877-509-6981 si es sordo, hipoacúsico (dificultad para oír) o tiene dificultades para hablar.