

Llene y regrese este formulario para solicitar una corrección o "enmienda" de la información que usted cree que está incorrecta o incompleta en los registros conservados por Presbyterian Healthcare Services, Presbyterian Health Plan, Inc., o Presbyterian Insurance Company, Inc. ("Presbyterian").

Nombre del paciente o afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál entidad de Presbyterian tiene la información o registros incorrectos o incompletos?

- Presbyterian Healthcare Services Entidad: \_\_\_\_\_
- Presbyterian Health Plan, Inc.
- Presbyterian Insurance Company, Inc.

¿Qué información o registro(s) está incorrecta o incompleta? (Adjunte hojas adicionales de ser necesario)

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Cómo se debe cambiar la información o registro(s) para que sean más precisa o completa?

---

---

---

---

---

---

---

---

Entiendo que, si mi solicitud es aprobada, la entidad de Presbyterian que indiqué anteriormente está obligada a proporcionar la enmienda a sus socios de negocios u otros que se determine que necesitan la enmienda.

Además, también entiendo que, si se aprueba mi solicitud, la enmienda se proporcionará a cualquier otra persona u organización que yo identifique que necesita la enmienda en conformidad con una autorización válida por escrito para dicha divulgación.

Entiendo que una solicitud de enmienda de información o registro(s) no creado por la entidad de Presbyterian indicada anteriormente, será denegada a menos que proporcione evidencia razonable de que el originador de la información o registro(s) ya no está disponible para actuar en mi solicitud.

**Yo soy el paciente o afiliado o estoy legalmente autorizado como representante del paciente o afiliado para legalizar este formulario en nombre del paciente o afiliado y aceptar estos términos.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, afiliado o representante legal autorizado

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente o afiliado (necesario si es firmado por un representante)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde (necesario si es firmado por un representante)

*Presbyterian presta servicios para mejorar la salud de las personas, familias y comunidades.*



**REQUEST TO CORRECT/AMEND PHI  
SOLICITUD PARA CORREGIR O ENMENDAR  
INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE**