

Formulario de Solicitud de Enmiendas de Información Protegida de Salud

Use este formulario para solicitar enmiendas o correcciones a su Información Protegida de Salud, según la Regulación de Privacidad promulgado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DDHS, por sus siglas en inglés).

Usted puede someter su solicitud dirigiéndola al **Principal Oficial de Cumplimiento y Privacidad de First Medical Health Plan, Inc., PO Box 191580, San Juan, PR 00919-1580**, a través del correo electrónico: cumplimiento@firstmedicalpr.com, por facsímil al 787-300-3913 o entregándola directamente en cualquiera de las Oficinas de Servicio de First Medical Health Plan, Inc.

I. Información del Beneficiario/Suscriptor:					
Nombre:	Segundo Nombre:	Apellidos:			
Dirección postal:			Número de Identificación del Plan/ Número de Contrato:		
Teléfono Principal:	Teléfono Alternativo:	Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Autorizo a FMHP a enviar información a mi correo electrónico de forma segura (Cifrada)			
II. ¿Cómo podemos contactarlo?					
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Correo Postal	<input type="checkbox"/> TTY	<input type="checkbox"/> Braille	<input type="checkbox"/> Intérprete de Señas
III. Información Protegida de Salud para enmendar o corregir:					
<p>Por favor, explique por qué la información es incorrecta o está incompleta. ¿Cómo debería ser la información para ser precisa o completa? Utilice hojas adicionales si es necesario y adjúntelas a este formulario.</p>					
<p>Si está de acuerdo, FMHP hará un esfuerzo razonable para proporcionar la enmienda a otras personas que FMHP determine que recibieron la información en el pasado y que pueda ser perjudicial para su atención médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo a FMHP a divulgar cualquier información enmendada o corregida a las personas o entidades descritas anteriormente.</p>					
IV. Firma					
Firma del Beneficiario/Suscriptor:				Fecha:	
<p>Si usted es un Representante Legal del Beneficiario/Suscriptor, deberá:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indicar su nombre completo: _____ 2. Describir su autoridad para actuar por el Beneficiario/Suscriptor (por ejemplo: poder, orden judicial o certificación médica) _____ 3. Proveer una copia del documento legal que lo nombra Representante Legal. Un documento de representación del Seguro Social no es admisible para propósito de este formulario (favor de solicitar asistencia a un Representante de Servicio al Cliente). 					
Firma del Representante Legal:				Fecha:	

Para Uso exclusivo de FMHP Departamento de Cumplimiento-Unidad de Privacidad

Fecha de Recibido:

Enmienda o Corrección: Aceptada Denegada

Si fue denegada, especificar la(s) razones:

Si necesita información adicional, comuníquese con la Unidad de Privacidad de First Medical Health Plan, Inc., al 787-474-3999, extensión 2108/2583. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

El Departamento de Servicio al Cliente ofrece servicios de intérprete de idiomas y lenguaje de señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales como: Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece al dorso de su tarjeta del plan.

The Customer Service Department offers free language interpreter services and sign language. This includes services in alternate formats such as Braille, large print, and translation to other languages, verbally or written, among others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department at the number on the back of your plan card.

First Medical cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. First Medical complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

First Medical 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。