



Պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության փոփոխման հարցում

Օգտագործեք այս ձևաթուղթը՝ փոփոխություն խնդրելու Ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության (protected health information, «PHI») կամ Ձեզ վերաբերող արձանագրության մեջ, որոնք Blue Shield of California-ն պահպանում է արձանագրությունների համար նշանակված շտեմարանում:

Արձանագրությունների համար նշանակված շտեմարանն արձանագրությունների այն խումբն է, որը պահպանվում է Blue Shield of California-ի կողմից կամ դրա համար, ներառյալ անդամագրում, վճարում, հայցերի վերաբերյալ վճիռներ, գործի կամ բժշկական կառավարման արձանագրություններ կամ այլ տեղեկություններ, որոնք մենք օգտագործում ենք Ձեր վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար:

Մենք կարող ենք մերժել փոփոխության Ձեր հայտը որոշ պատճառներով, ինչպես օրինակ այն դեպքերում, երբ տեղեկատվությունն առկա չէ արձանագրությունների համար նշանակված շտեմարանում, մենք չենք ստեղծել այդ տեղեկատվությունը կամ կարծում ենք, որ տեղեկատվությունն ամբողջական և ճշգրիտ է: Մենք Ձեզ գրավոր կերպով կտեղեկացնենք, թե արդյոք Ձեր հարցումը բավարարվել կամ մերժվել է:

Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ մենք չենք պահպանում բժշկական արձանագրությունները: Դուք պետք է դիմեք Ձեր առողջապահական ծառայությունների մատակարարին կամ հաստատությանը Ձեր բժշկական արձանագրություններում փոփոխություններ կատարելու համար:

Փոփոխություն պահանջող անհատը.

Անուն՝ _____

Բաժանորդի նույնականացման համարը՝ _____

Հասցեն՝ _____

Հեռախոսահամարը _____

Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

Խնդրում ենք նշել այն տվյալները, որոնք ցանկանում եք փոփոխել և ուղղում(ներ)ը, որոնք ցանկանում եք կատարել.

Խնդրում ենք նշել պահանջվող փոփոխության(ների) պատճառ(ներ)ը.

Անհատի, անչափահաս երեխայի ծնողի կամ անձնական ներկայացուցչի ստորագրությունը՝

Ստորագրություն

Եթե այս ձևաթուղթը ստորագրված է մեկ այլ անձի, այլ ոչ թե անհատի կամ անչափահաս երեխայի ծնողի կողմից, օրինակ անձնական/օրինական ներկայացուցիչ կամ խնամակալ, ապա Դուք պետք է **ներկայացնեք փաստաթղթեր**, որոնք ցույց են տալիս Ձեր լիազորումը գործելու անհատի անունից կամ նրա փոխարեն կապված նրա առողջական խնամքի/PHI-ի հետ: Նման փաստաթուղթ կարող է հանդիսանալ վավեր HIPAA լիազորումը, առողջապահական լիազորագիրը կամ խնամակալության թղթերը: **Խնդրում ենք տրամադրել նաև հետևյալ տեղեկությունները.**

Ներկայացուցչի անունը, հասցեն և կապը այն անհատի հետ, ում համար ներկայացվում է տվյալ հարցումը (տպագիր)

Ամսաթիվ

Հետ ուղարկեք լրացված և ստորագրված հարցումն այստեղ՝

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

H0504_13-AM_144E 07052013

S2468_13-AM_144E 07052013

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

A55569XLB-AM_0923