



申请修改受保护的健康信息

使用此表格申请修改Blue Shield of California在指定记录集中保留的您的受保护健康信息（“PHI”）或有关您的记录。

指定记录集是指由Blue Shield of California保留的或为Blue Shield of California保留的一组记录，包括参保、付款、理赔裁决、个案或医疗管理记录，或者我们用来做出与您有关的决定的其他信息。

我们可能会出于某些原因拒绝您的修改申请，例如，该信息不在指定记录集内、我们没有创建该信息，或者我们认为该信息是完整且准确的。我们将以书面形式告知您的申请是否已被批准或拒绝。

请注意，我们不保留医疗记录。您应联系您的医疗保健提供者或机构，申请修改您的医疗记录。

申请修改的个人：

姓名：

投保人身份证号：

地址：

电话号码

出生日期：

请具体说明您希望修改的记录以及您希望进行的修改：

请说明申请修改的原因：

个人、未成年儿童的父母或个人代表的签名：

签名

日期

如果此表格由个人或未成年儿童的父母以外的其他人（例如个人/法定代表人或监护人）签署，您必须提交相关文件以表明您有权代表该个人就其医疗保健/PHI行事，例如有效的HIPAA授权、医疗保健授权书或监护文件。另请提供以下信息：

代表的姓名、地址以及与为其提出此申请的个人之间的关系（工整书写）：

将填妥并签字的申请寄回至：

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

H0504_13-CS_144E 07052013

S2468_13-CS_144E 07052013

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

A55569XLB-CS_0923