



비공개 건강 정보 수정 요청

Blue Shield of California가 지정된 기록 세트로 보관하고 있는 귀하의 비공개 건강 정보('PHI') 또는 귀하에 관한 기록의 수정을 요청하려면 이 양식을 사용하십시오.

지정된 기록 세트란 가입, 지불, 청구 판결, 케이스 또는 의료 관리 기록 또는 귀하에 대한 결정을 내리는 데 저희가 사용하는 기타 정보를 포함하여 Blue Shield of California가 보관하는 기록 그룹입니다.

저희는 예를 들어 해당 정보가 지정된 기록 세트의 일부가 아니거나 저희가 해당 정보를 생성하지 않았거나 또는 해당 정보가 완전하고 정확하다고 저희가 믿는 경우 등 특정한 이유로 귀하의 수정 요청을 거부할 수 있습니다. 귀하의 요청이 승인되었는지 또는 거부되었는지 여부를 서면으로 알려드릴 것입니다.

저희는 의료 기록을 보관하지 않습니다. 귀하의 의료 기록 수정을 요청하려면 귀하의 의료제공자나 시설에 연락하시기 바랍니다.

수정을 요청하는 개인:

이름:

가입자 ID 번호:

주소:

전화 번호:

생년월일:

수정하려는 기록과 수정하려는 내용을 구체적으로 기재하십시오.

수정을 요청한 이유를 명시해 주십시오.

본인, 미성년 자녀의 부모 또는 대리인의 서명:

서명

날짜

개인/법적 대리인 또는 후견인 등 개인 또는 미성년 자녀의 부모가 아닌 사람이 이 양식에 서명한 경우, 귀하는 유효한 HIPAA 승인, 의료 위임장 또는 후견인 서류 등 의료 서비스/PHI와 관련하여 해당 개인을 대리하여 행동할 수 있는 귀하의 권리를 증명하는 서류를 제출해야 합니다. 다음 정보도 제공해 주십시오.

대리인의 이름, 주소 및 이 요청 대상자와의 관계(정자체):

요청서를 작성하고 서명한 후 다음 주소로 보내주십시오.

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

H0504_13-KO_144E 07052013

S2468_13-KO_144E 07052013

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

A55569XLB-KO_0923