EmblemHealth | UnitedHealthcare

Solicitud para enmendar información de salud protegida

Este formulario se usa para solicitar una enmienda a la información de salud protegida (protected health information, PHI) contenida en un Conjunto de Registros Designado (Designated Record Set, DRS) mantenido por NYCE PPO plan. Para enmendar información de salud protegida relacionada con otros beneficios que no sean administrados por NYCE PPO plan, deberá ponerse en contacto directamente con la entidad que administra dichos beneficios. Una vez que se haya tomado la decisión de conceder o denegar su solicitud, se les enviará a usted o a su representante personal una carta en la que explicaremos nuestra decisión. Imprima y complete ambos lados de este formulario.

Solicitud de enmienda de información de salud protegida de

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Número de teléfono ____ - ____ - _____

Fecha de nacimiento ___/___/_____ (MM DD AAAA) Género ◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ Otro (especifique) _____

Parentesco con el suscriptor ◯ En nombre propio ◯ Hijo/a ◯ Otro (describa el tipo de parentesco) _____

Enmienda solicitada

Indique cuál es la información de salud protegida que cree que contiene errores o está incompleta y describa el error. Si la información guarda relación con un reclamo, la fecha del servicio, la autorización del tratamiento, etc., indique los números de reclamo, las fechas u otra información que pueda ayudarnos a procesar su solicitud. Adjunte una copia de la información que desee enmendar.

_____

_____

_____

_____

Si sabe que alguien más tiene información y deberá ser notificado de la enmienda, identifique a estas personas a continuación.

Nombre	Dirección	Relación *(p. ej., proveedor, patrocinador del plan, etc.)*

(Continúa)

Firma del miembro o de su representante personal

Firma autorizada del interesado de quien se solicita información de salud protegida, o firma de su representante personal:

Autorizo que la enmienda de la información de salud protegida indicada se me envíe; se les envíe a otras personas según lo indicado en la sección anterior; o se les envíe a otras personas autorizadas a actuar en mi nombre, a la dirección indicada en la Sección 1 de este formulario.

Firma del interesado _____ Fecha ___/___/_____ (MM DD AA)

Firma del padre o madre o representante personal (si corresponde) _____ Fecha ___/___/_____ (MM DD AA)

Nombre del representante _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Número de teléfono ___-___-_____

Parentesco con el interesado y autoridad para actuar en su nombre _____

Importante: Se podría exigir que un representante personal, incluido un padre, tutor legal o albacea adjunte una copia de documentación legal a este formulario de solicitud.

Identificación del suscriptor

ID de miembro _____ Número de grupo _____ Empleador _____

Nombre del suscriptor _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Número de teléfono ___-___-_____

Conserve una copia de este documento para su archivo personal

Devuelva el formulario completado a:

NYCE PPO plan
P.O. Box 21534
Eagan, MN 55121

Fax: 888-742-4179

© 2025 United HealthCare Services, Inc. UMF0086-NYCE-SP 1125 UA
Ninguna parte de este documento podría ser reproducida sin autorización.

EmblemHealth® | UnitedHealthcare®