



## SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Complete el formulario y envíelo por fax o por correo a:

Privacy Office

Colorado Department of Health Care Policy and Financing

303 E. 17th Avenue, Denver, CO 80203 Fax: (303) 866-4411

**\*\*\* Incluya una copia de su tarjeta de identificación de Medicaid y de su licencia de conducir o sus equivalentes. \*\*\***

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida. Usted tiene derecho a solicitar que el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica modifique su información médica protegida que figura en un conjunto de registros designado en poder del Departamento. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Es posible que el Departamento la deniegue en determinadas circunstancias. El Departamento debe responder a su solicitud en un plazo de 60 días, a menos que le notifiquemos por escrito que se necesita una prórroga de hasta 30 días.

Si el Departamento acepta su solicitud, debemos hacer la modificación correspondiente a su información médica protegida mediante la identificación de los registros afectados y la inclusión de la modificación en su registro. Debemos informarle sobre la aceptación y notificar a todas las personas o los grupos pertinentes que puedan depender de la información médica protegida modificada.

Si el Departamento deniega su solicitud, debemos proporcionarle una explicación por escrito de los motivos de dicha denegación. Usted puede presentar una declaración por escrito en la que exprese su desacuerdo con la denegación y podremos elaborar una refutación por escrito al respecto, que debemos proporcionarle. Consulte la política y los procedimientos de privacidad del Departamento sobre el *derecho a solicitar la modificación de la información médica protegida*, de conformidad con la Sección 164.526 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de identificación del estado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*El padre, la madre o el tutor legal pueden firmar en nombre de un menor.*

*El tutor legal, el apoderado o su equivalente pueden firmar en nombre de un adulto. Para ello, se necesita documentación.*

Si firma en nombre de otra persona, complete la siguiente información:

Nombre del representante personal designado: \_\_\_\_\_

Relación con el representante personal designado: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN QUE DESEA MODIFICAR: ¿Qué información médica protegida de su conjunto de registros designado desea que se modifique? Especifique o adjunte esa parte de su registro a este formulario.

TEXTO MODIFICADO: ¿Qué modificación le gustaría añadir a su registro? Especifique e incluya el motivo de su solicitud de modificación: