



SOLICITUD DE CORRECCIÓN, MODIFICACIÓN O ELIMINACIÓN DE REGISTROS

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS.

Envíe el formulario firmado a:

Zing Health
225 W. Washington Street, Suite 450
Chicago, IL. 60606

Si necesita asistencia para completar el formulario, comuníquese con el Servicio de atención al cliente llamando al 1-866-946-4458 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1. Información del miembro			
Apellido del miembro:	Nombre del miembro:	Segundo nombre del miembro:	
Fecha de nacimiento:	N.º de Id. del miembro:		
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:

Después de revisar mis registros, considero que la documentación original generada por _____ no refleja adecuadamente los servicios médicos brindados, las consultas realizadas, los pagos de reclamaciones o los rechazos en la siguiente fecha _____. Solicito que se realice una corrección o una enmienda al documento _____ (identifique el documento específico en cuestión) incluido en mi historia clínica.

Solicito que se realice la siguiente corrección o enmienda a mis registros de inscripción y reclamaciones.

Solicito que se envíe una copia de los documentos corregidos o modificados a la compañía o a las personas enumeradas a continuación:

Compañía: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Comprendo que Zing modificará la información si es incorrecta o está incompleta. También comprendo que Zing Health podría complementar o no mis registros con una enmienda, en función de mi solicitud. Si Zing acepta mi solicitud de enmienda, comprendo que hará esfuerzos razonables para proporcionar la enmienda a las personas que he identificado que la necesitan y a las personas que Zing sabe que podrían utilizar información incorrecta, en mi detrimento.

Mi solicitud de enmienda y cualquier medida adoptada en relación con esta solicitud pasarán a formar parte permanente de mi registro y se incluirán en cualquier divulgación autorizada futura.

Zing Health dará una respuesta a esta solicitud en un plazo de sesenta días a partir de haberla recibido. Si se rechaza la solicitud, Zing me enviará un rechazo por escrito, me permitirá presentar una declaración de desacuerdo, para su inclusión en el registro, y me informará cómo puedo presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Firma

Firma del miembro o de su representante

Fecha

Nombre del representante en letra de imprenta (se corresponde)

Parentesco con el miembro

SI LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO NO ES EL MIEMBRO QUE ES OBJETO DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA, SE DEBE PROPORCIONAR EVIDENCIA POR ESCRITO DE LA AUTORIDAD DE LA PERSONA QUE FIRMA PARA MODIFICAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA (QUE INCLUYE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA). DICHA EVIDENCIA PUEDE CONSISTIR EN UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL MIEMBRO O UNA DESIGNACIÓN DE UN TRIBUNAL DE JURISDICCIÓN COMPETENTE.

For Office Use Only

Date Received: _____ Sent to: _____ Title: _____

Date: _____ Amendment Accepted Denied: Records are Accurate and Complete

Date Notified: _____ Notified By: _____ Title: _____