Clover Health

Solicitud de Corrección o Modificación de Información de Salud Protegida

Utilice este formulario para solicitar una corrección (modificación) de la información en su historia clínica que mantiene Clover Health.

Sección 1: Información del Miembro	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Teléfono:
N.º de Identificación de Miembro de Clover:	

Sección 2: Corrección o Modificación Solicitada
Fecha del Registro que se Solicita Corregir o Modificar:
Descripción de la Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) que se Solicita Corregir o Modificar:
Explique por qué este registro es incorrecto o está incompleto. Describa lo que considera que el registro debe indicar para ser más preciso o estar completo.
☐ Marque esta casilla si autoriza a Clover Health a realizar los esfuerzos razonables para notificar a las organizaciones o individuos que Clover Health sepa que podrían tener una copia de la información que usted desea modificar y proporcionarles la información modificada.

COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.

Sección 3: Firma del Miembro o Representante Autorizado

Al firmar este formulario, entiendo que Clover Health cuenta con treinta (30) días para responder a mi solicitud de modificación o corrección de la PHI, a partir del día en que se recibe la solicitud. Entiendo que mi solicitud de modificación puede ser denegada si Clover Health no creó la PHI o el registro; si la PHI no forma parte de mi conjunto de registros designado o si la PHI o el registro son precisos y están completos. El conjunto de registros designado incluye ciertos registros de salud que se utilizaron para tomar decisiones respecto a mi atención médica.

Entiendo que esta solicitud de modificación o corrección formará parte de mi conjunto de registros designado en respuesta a cualquier solicitud autorizada para mi PHI.

Marque esta casilla si firma en calidad de representante personal autorizado y proporcione su información a continuación. Adjunte la documentación correspondiente (p. ej., poder notarial, orden judicial). Tenga en cuenta lo siguiente: el Departamento Legal debe validar la documentación antes de aceptar la firma de un representante autorizado.

Nombre en Letra de Imprenta: _____

Relación con el Miembro: _____

Firma:

Fecha:

Envíe el formulario completado a la siguiente dirección: O envíe este formulario por fax al siguiente número:

Clover Health
P.O. Box 21164
Eagan, MN 55121

Attn: Mailroom
1-866-508-0865

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) cada uno con su propio contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.