



Bureau of TennCare

Petición para enmendar expedientes médicos

La página 2 tiene información importante sobre su petición. ¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llame gratis al Centro de Información al Consumidor al **1-866-311-4290**. Ellos le pueden ayudar de lunes a viernes de las 7 a.m. a las 5:30 p.m. hora del centro.

Después de llenar y firmar este papel, envíelo a: TennCare Privacy Officer
P.O. Box 20007
Nashville, TN 37202
Tel: 1-877-778-3698
Fax: 1-615-248-2928

1. ¿Quién es el paciente?

Apellido		Nombre		In.	
No. de ID (SSN)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		No. de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal

Marque una

- Yo soy el paciente O
- Yo tengo el derecho legal de actuar en nombre de esta persona. (Marque una a continuación; si marca "otro" especifique)
Yo soy su: Madre/padre O Tutor U Otra relación _____

2. ¿Cuáles son los cambios que está pidiendo?

Díganos cuál es el expediente de TennCare que nos está pidiendo que cambiemos.

¿Cuáles son los cambios que nos está pidiendo que se hagan? ¿Porqué? Proporcionenos toda la información que pueda. ¿Tiene papeles que demuestran que su expediente se debe cambiar? Envíe copias junto con este papel. Si necesita hacerlo, puede usar otra hoja. _____

3. ¿Por qué quiere informarnos del cambio?

Si decimos que está bien hacer el cambio, quizás le convenga informarles a ciertas personas. Nos tiene que avisar por escrito quien es cada persona que a quien quiere que le digamos sobre el cambio. Complete el cuadro a continuación. Nombre _____ Calle, Ciudad, Estado, Código postal _____

Nombre	Calle, Ciudad, Estado, Código postal

También necesitamos su autorización para avisarle a cada persona. Vaya a <http://www.tn.gov/tenncare/leg-policies.html>. Complete la sección "Permission to Release Enrollee Information" de cada persona. Luego, imprima y envíe el o los formularios con este papel. O, puede llamarnos o enviarnos una carta. Nosotros le podemos enviar la página que necesita.

4. Firma del paciente

Estoy pidiendo los cambios a los expedientes de TennCare nombrados en este papel. (Mire al reverso la información importante.)

Firma o marca ("X") del paciente

Fecha

(Si usó "X" o alguien le ayudó a completar este formulario, díganos el nombre de esa persona.) No. de teléfono de la persona que ayudó _____

Calle, Ciudad, Estado, Código postal de la persona que ayudó

5. Firma del representante autorizado (si tiene uno)

Representante autorizado significa que tiene un comprobante legal de que puede actuar en nombre de esta persona. Un representante firma en nombre de un paciente que no puede firmar legalmente por su cuenta. *Tiene que incluir con esta hoja una copia del comprobante legal que dice que usted puede actuar en nombre de esta persona. Si no lo incluye ahora, nos lo tiene que enviar en un plazo de treinta (30) días. Si el paciente es menor de 18 años de edad, uno de los padres debe firmar en su nombre. Los padres no tienen que tener un comprobante.

Firma de la persona que firma en nombre del paciente

Fecha

Nombre en letra de imprenta: _____

Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Más información importante:

Saque una copia de estas dos páginas y consérvela para sus expedientes. Nosotros también le devolveremos una copia. Recuerde, **Información Médica Amparada (IMA)** significa cualquier información sobre su salud del pasado, del presente o del futuro. Incluye información como su dirección y su fecha de nacimiento. IMA se define en 45 CFR §160.103.

Si nos está pidiendo un cambio en sus expedientes de TennCare:

- TennCare no puede cambiar expedientes que TennCare no creó.
- TennCare solamente modificará los expedientes si determinamos que están completos o incorrectos.
- Asegúrese de informarnos de cualquier información que nos ayude con su petición. ¿ Tiene papeles que demuestran que su expediente se debe cambiar? Envíe copias junto con este papel.
- Este formulario es para usar con TennCare Policy HIP-06-16
Vaya a <http://www.tn.gov/tenncare/leg-policies.html>.

Su derecho de modificar información de su expediente:

- Usted tiene el derecho de **pedir** que se modifique la información sobre usted que tiene TennCare.
- Usted tiene el derecho de obtener una respuesta a su petición en un plazo de 60 días. Si hay demoras en hacerle llegar la respuesta, le enviaremos una carta. La demora no puede ser más de 30 días después de los 60 días. Usted obtendrá una respuesta por escrito.
- Si no está de acuerdo con la respuesta, nos puede informar por escrito. TennCare conservará esta declaración con su expediente aunque TennCare no pueda **autorizar** su petición.
- TennCare puede responder por escrito. Esto también se incluirá en su expediente. Usted puede recibir una copia.
- Cuando en el futuro se divulgue el expediente con el que usted no está de acuerdo, también se divulgará un resumen de su carta y la respuesta de TennCare.

Usted siempre tiene el derecho de presentar una queja de privacidad:

Bureau of TennCare

Privacy Office

P.O. Box 20007

Nashville, TN 37202

Tel.: 1-877-778-3698

Fax: 615-248-2928

Email: Privacy.TennCare@tn.gov

(No envíe información confidencial.)

Em

U.S. Dept. of Health and Human Services

Region IV, Office of Civil Rights

Medical Privacy, Complaint Division

Atlanta Federal Center Suite 3B70

Forsyth Street, SW

GA 30303-0064

Tel.: 1-866-627-7748

TTY: 1- 404-562-7884

ail: www.hhs.gov/ocr

Usted no recibirá ningún castigo si pide ayuda o si presenta una queja.

Si necesita ayuda, llame al Centro de Servicio para Asistencia Familiar al **1-866-311-4290**.