

DAVIS VISION

EYECARE REFRAMEDSM

Solicitud para una enmienda

Información del suscriptor

(Escriba con letra de imprenta)

Esta sección se debe llenar con la información específica de la persona. Se debe indicar un número o dirección de contacto en caso de que sea necesario obtener información adicional o aclaraciones.

Fecha: _____ **ID del suscriptor:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Dirección electrónica (Email): _____

Usted tiene el derecho de solicitar que Davis Vision modifique la información médica protegida que figura en los expedientes asignados que mantiene Davis Vision o sus asociados comerciales. Davis Vision tiene derecho a rechazar su solicitud si la información no forma parte de estos expedientes asignados, Davis Vision no creó la información, Davis Vision considera que la información es completa y precisa o si la información se recopiló en antelación o para usarla en alguna acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o no está sujeta a que la divulguemos a usted bajo las Enmiendas para mejorar los laboratorios clínicos de 1988 (Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1988) (Código de EE.UU. 42, párrafo 263^a). Para ejercer este derecho, por favor complete, firme y feche las secciones a continuación, luego envíe la queja por correo o fax a Davis Vision a:

Davis Vision – Privacy Office
P.O. Box 1416
Latham, New York 12110-1416
Fax: 1-866-999-4640

Si tiene alguna pregunta, necesita información adicional o ayuda para llenar su solicitud, tenga la bondad de contactar la Oficina a cargo de privacidad (Privacy Office) de Davis Vision al 1-800-571-3366 o a la dirección indicada anteriormente.

Tenga la bondad de especificar la información que desea modificar y las enmiendas que desea hacer:

Tenga la bondad de expresar las razones de las enmiendas:

Tenga la bondad de indicar el nombre y la dirección de cada persona a la que usted desea que notifiquemos la enmienda en caso de que aceptemos hacer la enmienda que solicitó. Para que podamos notificar a estas personas, debe proporcionarnos una autorización firmada. Le podemos suministrar el formulario de autorización adecuado.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Persona que concede la autorización)

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del titular, llene lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

(Escriba con letra de imprenta)

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

POR FAVOR, GUARDE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD PARA HACER UNA ENMIENDA PARA SU EXPEDIENTE