

# Solicitud de enmienda de información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés)

Por la presente solicito enmendar mi información protegida de salud que Humana ha creado y mantenido. Sin embargo, entiendo que Humana puede denegar mi solicitud si Humana no generó o mantuvo la información o si la información es correcta y está completa.

Describa la información protegida de salud que usted cree que es incorrecta o está incompleta. Incluya cualquier persona(s) que deban recibir aviso de la información enmendada.

---

---

---

Humana mantiene el derecho de tomar una determinación en relación con la solicitud y notificarle la decisión en un plazo de 60 días. Si Humana necesita una extensión de 30 días, usted recibirá aviso en ese momento.

Si Humana denegara mi solicitud de enmienda, usted recibirá una respuesta por escrito con los motivos de la denegación. Usted tiene el derecho de presentar por escrito una declaración de desacuerdo con la denegación del Plan y su solicitud será reconsiderada

## Escriba con letra de molde la siguiente información:

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de ID del afiliado: \_\_\_\_\_ Teléfono diurno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(solo si el afiliado no puede firmar)

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta que: Si usted es el representante legal del afiliado, debe adjuntar copias de su autorización para representar al afiliado de acuerdo con las leyes estatales (por ej., poder notarial para asuntos relacionados con la atención de la salud, suplencia en asuntos relacionados con la atención de la salud, testamento en vida o documentos de tutela).**

Para evitar retrasos en la atención a su solicitud, verifique que todos los campos de este formulario se hayan completado adecuadamente. Si falta información, le devolveremos la solicitud para que la complete. Adjunte una hoja aparte si necesita más espacio.

Envíe este formulario a:  
Humana  
Attn: Privacy Office  
P.O. Box 1438  
Louisville, KY 40202-1438

**Humana**<sup>®</sup>

Humana.com



## ¡Importante!

### En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a:  
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o, si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

**Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

**Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación (TTY: 711)**

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on your ID card (**TTY: 711**)... ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que figura en su tarjeta de identificación (**TTY: 711**)... 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員卡上的電話號碼 (**TTY: 711**)... CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị (**TTY: 711**)... 주의 : 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. ID 카드에 적혀 있는 번호로 전화해 주십시오 (**TTY: 711**)... PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numero na nasa iyong ID card (**TTY: 711**)... ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Наберите номер, указанный на вашей карточке-удостоверении (**телетайп: 711**)... ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou kat idantite manm ou (**TTY: 711**)... ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro figurant sur votre carte de membre (**ATS: 711**)... UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Proszę zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej (**TTY: 711**)... ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número presente em seu cartão de identificação (**TTY: 711**)... ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero che appare sulla tessera identificativa (**TTY: 711**)... ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wählen Sie die Nummer, die sich auf Ihrer Versicherungskarte befindet (**TTY: 711**)... 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。お手持ちのIDカードに記載されている電話番号までご連絡ください (**TTY: 711**)...

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره تلفن روی کارت شناسایی تان تماس بگیرید (**TTY: 711**)...

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, námbuu ninaaltsoos yézhí, bee nées ho'dółzin bikáá'ígíí bee hólne' (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**).