



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 263a). Para ejercer su derecho a solicitar la enmienda, tenga la bondad de llenar la sección B siguiente y, a continuación, enviarla por correo o fax a Davis Vision:

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