



## REQUEST TO AMEND PROTECTED HEALTH INFORMATION

You have a right to change or amend personal information about you that BriovaRx® keeps. The Health Insurance Portability and Accountability Act calls this protected health information (PHI). PHI includes order information and other records that we use to make decisions about the services you receive.

Use this form to request that BriovaRx change or correct information we have about you that you believe is wrong or inaccurate. For example, an order for a medication that was not prescribed to you, but is in our records.

You can only request to correct or update your own PHI, unless you are authorized to amend information about someone else.

BriovaRx will respond to requests submitted by your authorized representative, such as a parent, court-appointed representative or other family member, provided you have authorized BriovaRx to disclose PHI to your authorized representative. However, we may ask for more information from you or your authorized representative to verify the right to act on your behalf.

Please note: We will amend only PHI relating to services provided by BriovaRx. For questions relating to other services, please contact your health or prescription benefit plan directly.

If you have questions about this form, please call the privacy office at **1-877-598-3646**.



## **SOLICITUD PARA ENMENDAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

*Usted tiene derecho a modificar o enmendar información personal sobre usted en poder de BriovaRx®. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud la denomina información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). La PHI incluye información sobre pedidos y otros registros que usamos para tomar decisiones sobre los servicios que usted recibe.*

*Use este formulario para solicitar a BriovaRx que modifique o corrija la información que tenemos sobre usted que cree que es incorrecta o inexacta. Por ejemplo, un pedido de un medicamento que no le recetaron, pero que figura en nuestros registros.*

*Usted solamente puede solicitar que corrijamos o actualicemos su propia PHI, a menos que esté autorizado para enmendar la información de otra persona.*

*BriovaRx responderá a las solicitudes presentadas por su representante autorizado (p. ej., su padre o madre, un representante designado judicialmente u otro miembro de la familia) siempre que usted haya autorizado a BriovaRx a divulgar su PHI a su representante autorizado. Sin embargo, es posible que le solicitemos más información a usted o a su representante autorizado para verificar el derecho a actuar en su nombre.*

*Nota: Solamente enmendaremos PHI que se relacione con los servicios prestados por BriovaRx. Si tiene preguntas relacionadas con otros servicios, comuníquese directamente con su plan de beneficios farmacéuticos o de salud.*

*Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a la oficina de privacidad en **1-877-598-3646**.*



## REQUEST TO AMEND PROTECTED HEALTH INFORMATION | SOLICITUD PARA ENMENDAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Use this form to amend or change protected health information (PHI) maintained by BriovaRx. When filling out this form, please complete all sections, print information clearly, provide your most current information and state what information we have about you that you believe to be wrong/incomplete and want to correct. Once we make a decision about your request, we will send you or your authorized representative a letter explaining the decision. | *Use este formulario para enmendar o modificar información de salud protegida (PHI) que mantenga BriovaRx. Cuando llene este formulario, complete todas las secciones, escriba en letra de imprenta clara, brinde la información más actual e indique qué información tenemos sobre usted que cree que está equivocada/incompleta y desea corregir. Una vez que tomemos una decisión sobre su solicitud, le enviaremos a usted o a su representante autorizado una carta en la que se explicará la decisión.*

### 1 Member information | Información sobre el miembro (please provide current information | proporcione información actual)

Last Name   Apellido	First Name   Nombre	MI   Inicial del 2.º Nombre
Mailing Street Address   Dirección Postal		Apt. #   N.º de Apto.
City   Ciudad	State   Estado	ZIP   Código Postal
Date of Birth (mm/dd/yyyy)   Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Gender   Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Phone Number with Area Code   Número de Teléfono con Código de Área		

### 2 Amendment requested | Enmienda solicitada

Please indicate what PHI you believe to be inaccurate and/or incomplete and describe the error. If the information relates to a home delivery prescription order, date of service, medication, etc., please include the order numbers, dates or other information that will help us process your request. Please attach a copy of the information you would like to amend. | *Indique qué PHI cree que es inexacta y/o está incompleta y describa el error. Si la información se relaciona con una receta entrega a domicilio, una fecha de servicio, un medicamento, etc., incluya los números de pedido, las fechas u otros datos que nos ayuden a procesar su solicitud. Adjunte una copia de la información que quisiera enmendar.*

If someone else also has this outdated information and should be notified if we make a change, please provide contact information below | *Si un tercero también tiene esta información desactualizada y debería ser notificado si realizamos un cambio, indique los datos de contacto a continuación::*

Name   Nombre		
Relationship (e.g., Provider, Plan Sponsor, etc.)   Relación (p. ej., Proveedor, Patrocinador del Plan, etc.)		
Address   Dirección		
City   Ciudad	State   Estado	ZIP   Código Postal



Name | *Nombre*

Relationship (e.g., Provider, Plan Sponsor, etc.) | *Relación (p. ej., Proveedor, Patrocinador del Plan, etc.)*

Address | *Dirección*

City | *Ciudad*

State | *Estado*

ZIP | *Código Postal*

**3 Member/authorized representative signature | *Firma del miembro/representante autorizado***

I authorize the amendment of the stated protected health information for others as directed in a signed authorization; or to others legally authorized to act on my behalf, to request an amendment of the stated PHI. | *Autorizo la enmienda de la información de salud protegida mencionada para que otros, según lo indicado en una autorización firmada; u otros legalmente autorizados para actuar en mi nombre, soliciten una enmienda de la PHI mencionada.*

X \_\_\_\_\_ Date | *Fecha*  
Member | *Firma del Miembro*

X \_\_\_\_\_ Date | *Fecha*  
Authorized Representative Signature (if applicable) | *Firma del Representante Autorizado (si corresponde)*

**Important: If legal documentation is not on file with BriovaRx, the authorized representative, including the parent, legal guardian, or executor of an estate, must attach a copy of legal documentation to this form.** | ***Importante: Si BriovaRx no tiene archivada ninguna documentación legal, el representante autorizado (p. ej., el padre o la madre, el tutor legal o el albacea de un patrimonio) debe adjuntar una copia de la documentación legal a este formulario.***

Authorized Representative's Name | *Nombre del Representante Autorizado*

Phone Number with Area Code | *Número de Teléfono con Código de Área*

Mailing Street Address | *Dirección Postal* Apt. # | *N.º de Apto.*

City | *Ciudad*

State | *Estado*

ZIP | *Código Postal*

Relationship to Member and Authority to Act for Member | *Relación con el Miembro y Autoridad para Actuar por el Miembro*

**Please mail the completed form to | *Llene y envíe el formulario por correo a:***

**BriovaRx  
Privacy Office  
17900 Von Karman,  
Mail Stop: CA016-0102  
Irvine, CA 92614**

**4 or fax to | *o fax al:* 1-888-905-9490.**