



SOLICITUD PARA DESGLOSE DE DIVULGACIONES

Yo, _____, por la presente solicito que MCS
Nombre de Afiliado (Letra de Molde)

me provea un desglose de divulgaciones de mi Información Protegida de Salud no relacionadas a tratamiento, pago u otras operaciones relacionadas al cuidado de la salud; u otras divulgaciones no autorizadas de Información Protegida de Salud, desde _____ (fecha de inicio) hasta _____ (fecha de terminación).

Entiendo que el periodo de tiempo solicitado arriba no puede exceder diez (10) años previos a la fecha de la solicitud, ni antes del 14 de abril de 2003. Entiendo también que el desglose de divulgaciones será provisto dentro de los próximos sesenta (60) días, a menos que me notifiquen por escrito de una extensión justificada de treinta (30) días adicionales para obtener la información.

Deseo limitar esta Solicitud de Desglose de Divulgaciones solo a los siguientes tipos de divulgaciones:

Firma del Afiliado: _____

Número de Contrato: _____

Representante Autorizado (Letra de Molde)

Firma

Fecha

Dirección postal a la cual el desglose deberá ser enviado:

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Otros: _____

Para Uso de la Unidad de Privacidad Solamente:

____ Solicitud aprobada

____ Solicitud denegada debido a que la información fue divulgada:

____ Para tratamiento, pago u operaciones relacionadas al cuidado de la salud

____ A usted

____ Su autorización no era necesaria

____ Para Seguridad Nacional

____ En cumplimiento de Ley

____ Fue divulgada antes del 14 de abril de 2003

____ El uso o divulgación estaba permitida

____ Se solicitó una extensión de treinta (30) días adicionales debido a: _____

MCS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS遵守適用的

聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). ATTENTION: If you speak English, language assistanceservices, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).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1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.