

SOLICITUD DE ACCESO A SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del Afiliado: _____
(Letra de Molde)

Número de Contrato: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

Favor de especificar cual sección(es) de su expediente necesita inspeccionar u obtener una copia:

- Historial de Pagos Datos de Reclamaciones
- Suscripción al Plan Manejo de Casos
- Historial de Farmacia Pre-Autorizaciones
- Pre-Certificaciones
- Otro: _____

La información solicitada comprende (fechas): Desde _____ Hasta _____

Indique cómo desea obtener la información solicitada:

- Copia en Papel Copia Electrónica
- Resumen o Explicación Inspeccionar Personalmente *

***Si desea inspeccionar su información de salud personalmente, se le contactará para acordar una cita.**

Yo, _____ solicito inspeccionar y/u obtener copia de mi Información Protegida de Salud.
(Afiliado o Representante Autorizado)

Afiliado o Representante Autorizado Firma Fecha

Representante-Unidad de Privacidad Firma Fecha

Testigo (De ser necesario) Firma Fecha

Para Uso de la Unidad de Privacidad Solamente:

Solicitud Aprobada

Solicitud Denegada Razón: _____

El Afiliado fue Contactado Fecha: _____

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje (incluyendo sus anejos) es solamente para el uso del destinatario arriba indicado y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este mensaje por error, favor de notificarlo al contacto indicado en el documento y destruir el mensaje original y todas las copias del mismo.