



Health Partners Plans

## Solicitud de acceso a información médica protegida

A través de este formulario usted o su representante personal pueden solicitar acceso para obtener o revisar información médica protegida que Health Partners Plans conserva en sus registros.

### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE ACCESO

**Parte 1: información del miembro.** En esta sección se debe mencionar al miembro de Health Partners Plans (HPP) cuya información médica se compartirá o divulgará a la persona/organización autorizada. Escriba en letra de molde el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección archivada, el número de teléfono y el número de identificación del miembro.

**Parte 2: cómo desea que cumplamos con esta solicitud.** En esta sección debe indicar cómo desea que Health Partners Plans cumpla con su solicitud de acceso a su información médica. De acuerdo con la HIPAA, un plan médico puede cobrar una tarifa por copiar registros o enviarlos por correo. Además, HPP puede cobrar una tarifa adicional si usted solicita un resumen o copias de la información de sus reclamaciones, que excedan las 300 páginas.

**Parte 3: información solicitada.** HPP conserva información de reclamaciones relacionada con visitas a proveedores, hospitales u otros centros médicos. La lista que se proporciona en esta parte del formulario incluye los tipos de datos de reclamaciones disponibles. Marque la casilla correspondiente a la información de reclamaciones que solicita. Si marca la casilla "Otra", indíquenos cuál es la información específica que solicita. Señale las fechas de la información solicitada. **(NOTA: HPP no crea ni conserva registros médicos, como historias clínicas, radiografías, resultados de pruebas, etc. Comuníquese con los proveedores para obtener este tipo de información).**

**Parte 4: revisión y aprobación.** Se necesita la firma del *miembro*. Si el miembro no puede firmar el formulario, un representante personal o legal puede hacerlo en su nombre. Se corroborará la autenticidad de los padres o tutores de menores usando información del estado. Un representante personal, como un albacea o una persona con poder notarial, puede firmar con su nombre en el lugar donde debería firmar el miembro. Los documentos legales que autoricen al representante personal a actuar en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o estar archivados en HPP; de lo contrario, la firma del representante personal no tendrá validez y este formulario **NO** se procesará.

**Complete TODAS las secciones. Si este formulario no está completo, Health Partners Plans lo devolverá y no aprobará la solicitud hasta que haya recibido el formulario completo.**

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

#### ENVÍE LOS FORMULARIOS A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono del Departamento de Servicios para los Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o envíe una carta a la siguiente dirección:

Health Partners Plans  
HIPAA Privacy Services  
901 Market Street, Suite 500  
Philadelphia, PA 19107  
o  
Por fax al: 267-515-6666

# Solicitud de acceso a información médica protegida

## Parte 1: escriba en LETRA DE IMPRENTA la información que se solicita a continuación.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad/Código postal:

N.º de identificación del miembro:

Teléfono: (     )

## Parte 2: seleccione el método de su preferencia para que cumplamos con esta solicitud.

- Enviar un correo a mi dirección indicada más arriba. Comunicarse con conmigo si la información que solicito comprende más de 300 páginas.
- Solicitar una revisión en persona de la información en Health Partners Plans.
- Enviar un correo electrónico seguro a mi dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Recogeré la información personalmente.
- Otro; especifique: \_\_\_\_\_

**Nota:** HPP puede **enviar por correo** una (1) copia de hasta 300 páginas sin cargo, o bien usted puede revisar su información en la oficina central de Health Partners Plan. En caso de que solicite información de reclamaciones que comprenda más de 300 páginas, se le cobrará \$0.35 por página. Puede solicitar una lista o un resumen de sus datos de reclamaciones. De acuerdo con la HIPAA, un plan médico puede cobrar una tarifa por proporcionar un resumen, que es de \$1.42 por página. En lugar de un resumen, HPP puede proporcionar sin cargo una lista de sus datos de reclamaciones de hasta 300 páginas.

### ¿Desea que HPP prepare un resumen de estos registros?

- Sí, deseo recibir un resumen por una tarifa de \$1.42 por página.
- No, deseo recibir una lista sin cargo.

## Parte 3: información solicitada.

### a. Marque las casillas correspondientes a la información de reclamaciones que solicita.

- Fecha de prestación del servicio: la fecha en que consultó al proveedor o fue al centro médico
- Nombre del proveedor/médico/centro médico
- Dirección y número de teléfono del proveedor (si dispone de estos datos)
- Tipo de servicio: por ejemplo, atención médica, cirugía, consulta, radiología, laboratorio, etc.
- Códigos de Terminología Actual de Procedimientos (Current Procedural Terminology, CPT): números asignados al servicio prestado
- Gastos de bolsillo (copago)
- Farmacia (recetas, cantidades, resurtidos, información sobre la farmacia, gastos de bolsillo)
- Otra: \_\_\_\_\_

Período (día/mes/año o mes/año)? Del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Parte 4: firma

### He leído y entiendo la información mencionada anteriormente.

Nombre del miembro o del representante personal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted es representante personal, indique cuál es su relación con el miembro:

\_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta lo siguiente: para que esta solicitud se considere completa, se le pedirá que proporcione, si aún no lo hizo, documentación que valide la autoridad del representante personal, como una copia del poder notarial de atención médica, general o duradero. Si quien realiza esta solicitud es un padre/tutor, complete lo siguiente: El miembro/participante es un menor de \_\_\_\_ años. Si presenta esta solicitud en nombre de un menor, para que se la considere completa, posiblemente solicitemos información adicional, como una orden judicial, documentación que valide la custodia u otros documentos legales que validen la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.*