



Health Partners Plans

Solicitud de restricción de uso y divulgación de información médica protegida

Utilice este formulario para solicitar una restricción de uso y divulgación de información médica protegida (Protected Health Information, PHI)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE RESTRICCIÓN

Los miembros de Health Partners Plans (HPP) tienen el derecho a solicitar a Health Partners Plans la restricción de uso y divulgación de información médica relativa a determinados aspectos del tratamiento, los pagos o las actividades de atención médica. Los miembros también tienen el derecho a solicitar a Health Partners Plans la restricción de divulgación de su información médica a familiares y otras personas que participen en su atención. Health Partners Plans analizará cuidadosamente todas las solicitudes de restricción; sin embargo, no tiene la obligación de aceptarlas.

PARTE 1: información del miembro. En esta sección se debe mencionar al miembro de Health Partners Plans cuya PHI se solicita. Escriba en letra de molde el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación del miembro.

PARTE 2: restricción. En esta sección debe brindar información sobre la restricción que desea que se aplique.

PARTE 3: revisión y aprobación. Se necesita la firma del *miembro*. Si el miembro no puede firmar el formulario, un representante personal 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 considerará la solicitud hasta que haya recibido el formulario completo con toda la información.

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:

HIPAA Privacy Services
Health Partners Plans
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107

o

Por fax al: 267-515-6666

Solicitud de restricción de uso y divulgación de información médica protegida

PARTE 1: escriba en LETRA DE MOLDE la siguiente información.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad/Código postal:

N.º de identificación del miembro:

Teléfono: ()

PARTE 2: restricción solicitada

Describa la información médica protegida para la cual solicita la restricción. _____

Indique la restricción que desea aplicar a la PHI. _____

Personas/organización a las que se aplica la restricción de uso/divulgación: _____

PARTE 3: firma

Usted tiene el derecho a solicitar a Health Partners Plans que restrinja el uso de su PHI al uso necesario para la prestación de atención médica o el pago de reclamaciones.

Si Health Partners Plans acepta su solicitud, recibirá una notificación por escrito. Health Partners Plans puede usar o divulgar la información restringida cuando sea necesario para brindarle tratamiento ante una emergencia médica o cuando la ley lo exija o autorice.

Puede dejar sin efecto un acuerdo de restricción en cualquier momento si se lo notifica a Health Partners Plans por escrito. Las restricciones dejarán de tener vigencia para los menores cuando estos cumplan 18 años.

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.