



Formulario de Solicitud de Privacidad

Fecha de solicitud: _____

Si desea solicitar información sobre un miembro de Mercy Care, marque una o más de las siguientes opciones:

- Recibir una copia de prácticas de privacidad.
- Recibir registros de reclamos.
- Realizar modificaciones en los registros del miembro.
- Recibir una lista de las organizaciones a las cuales [PLAN] revela los registros del miembro.
- Limitar la manera en que [PLAN] utiliza y revela los registros del miembro.

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nº de identificación (ID): _____ Teléfono: (_____) _____

¿Usted es el miembro? Sí. No. **Si respondió “No”, indíquelo a [PLAN] quién es usted marcando una de las opciones que figuran a continuación. Por favor, presente ante [PLAN] copias de la documentación que acredite que usted tiene derecho a realizar esta solicitud.**

- Soy el padre/la madre o el tutor/la tutora del miembro.
- Tomo decisiones sobre la atención de salud del miembro.
- El miembro falleció y estoy a cargo de su patrimonio.
- Otro (explique) _____

Nombre del solicitante (si no es miembro): _____

Por favor, explique su solicitud

Díganos qué desea recibir y por qué. Debe indicar fechas de servicio, nombres de proveedores, etc. Es posible que, para obtener las copias de los registros del miembro o una lista de personas y compañías a las que les revelamos los registros del miembro, [PLAN] le cobre algún monto. Debe informarle a [PLAN] si no puede pagar ninguna tarifa.

¿Dónde desea recibir los registros?

Domicilio: _____
Calle Ciudad, Estado Código Postal

Yo (el miembro o el representante del miembro) acuerdo lo siguiente:

- Puedo autorizar a [Plan] a utilizar o revelar los registros del miembro. Al dar mi autorización, [Plan] podrá revelar los registros del miembro a una persona o compañía.
- Sé que los registros del miembro no siempre pueden estar protegidos bajo las leyes de privacidad. También sé que toda persona o compañía que recibe los registros del miembro puede, a su vez, revelarlos.
- Puedo anular esta autorización enviándole a [Plan] una solicitud por escrito.
- Es posible que, en algunos casos, no se me permita dejar sin efecto una autorización. Puedo encontrar más información al respecto en el Aviso de Prácticas de Privacidad de [Plan].
- Esta autorización quedará sin efecto en doce (12) meses a partir de la fecha de la firma.
- Si quisiera que esta autorización quede sin efecto antes de la fecha mencionada, le informaré al Plan la fecha y las razones pertinentes. Explique en el espacio a continuación:

- He leído y comprendo este formulario.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Si es miembro - Firma del miembro

Fecha

Si es miembro - Nombre del miembro con letra de imprenta

Por favor, envíe este Formulario de Solicitud de Privacidad a la siguiente dirección:

**Mercy Care
Privacy Officer or Coordinator
4755 S. 44th Place
Phoenix, Arizona 85040**

Si desea realizar preguntas o comentarios, comuníquese con Mercy Care al 602-263-3000.

Revisado: 03/15