

Instrucciones para completar el Formulario de solicitud de acceso a información médica confidencial de Highmark Health Options

Sección A: Información sobre el miembro

1. Escriba el nombre y el apellido del miembro cuya información se solicita.
2. Escriba el número de identificación del miembro.
3. Escriba la dirección del miembro.
4. Escriba la fecha de nacimiento del miembro.
5. Escriba el número de teléfono del miembro.

Sección B: Información médica que debe divulgarse

1. Revise la información médica que desea que se divulgue en la lista del formulario (marque todas las opciones que correspondan): Todos los registros; Inscripción; Pagos; Adjudicación de reclamos; Tratamientos médicos; y/o Apelaciones y quejas.
2. Marque la información que NO desea que se divulgue (marque todas las opciones que correspondan): Salud mental; Enfermedades de transmisión sexual; Pruebas y/o tratamientos relacionados con el VIH/SIDA; Tratamiento de alcoholismo/drogadicción; y/o Embarazo/planificación familiar.
3. Marque las fechas de servicio específicas desde las que desea que se divulgue la información.
4. Marque quién debe recibir la información:
 - a. Usted, en la dirección asociada con su archivo.
 - b. Usted, en otra dirección, que deberá proporcionar a continuación.
 - c. Una persona designada, en una dirección que deberá proporcionar a continuación.

Sección C: Firma

1. Este formulario debe ser firmado y fechado por el miembro cuya información debe divulgarse.
2. Si el miembro no puede firmar este formulario, el formulario podrá ser firmado y fechado por un representante personal con autoridad legal registrado en Highmark Health Options. Si el formulario es firmado por un representante personal en nombre del miembro:
 - a. Escriba la relación del representante personal con el miembro.
 - b. Escriba el número de teléfono del representante personal.
 - c. Escriba la dirección del representante personal.

Sección D: Representantes personales

Si completa este formulario en nombre de un miembro de Highmark Health Options, tenga a bien indicar la autoridad legal que le otorga este derecho (p. ej.: formulario de representante legal, poder notarial para atención médica, custodia legal, etc.) en esta sección.

Si aún no lo ha hecho, deberá completar un Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información y enviarlo a Highmark Health Options. Si el formulario no estuviera registrado al momento de recibir este formulario, la solicitud será denegada. El formulario se puede obtener y devolver de la misma manera que el Formulario de solicitud de acceso.

Sección A: Información sobre el miembro (en letra de imprenta)

Nombre del miembro:

Núm. de ID de miembro:

Dirección:

Fecha de nac.:

Teléfono:

Sección B: Información médica que debe divulgarse:

Al completar y enviar este formulario, solicito revisar información médica confidencial (PHI) sobre mí en un “conjunto de registros designados” en poder de Highmark Health Options de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), de 1996, y sus enmiendas. A los fines de este formulario, un “conjunto de registros designados” es un grupo de registros en poder de Highmark Health Options que incluye información sobre inscripción, pagos, reclamos y el expediente del plan de salud o los sistemas de registros de tratamientos médicos; o registros que utilice Highmark Health Options para tomar decisiones sobre los miembros.

Indique la información médica que desea que se divulgue (marque todas las opciones que correspondan):

- Todos los registros
- Inscripción
- Pagos
- Reclamos
- Tratamientos médicos
- Apelaciones y quejas

Solicito la divulgación de la información antes indicada, **SIN INCLUIR** información relacionada con (marque todas las opciones que correspondan):

- Salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Pruebas y/o tratamientos relacionados con el VIH/SIDA
- Tratamiento de alcoholismo/drogadicción
- Embarazo/planificación familiar
- Otro (especifique): _____

Indique las fechas de servicio específicas: Fecha de inicio: ____/____/____
Fecha de finalización: ____/____/____

Solicito que se me envíe una copia de la información médica confidencial sobre mí a la dirección antes mencionada.

Solicito que se me envíe una copia de la información médica confidencial sobre mí a la dirección que se indica más abajo.

Solicito que se envíe una copia de la información médica confidencial sobre mí a _____ a la dirección que se indica más abajo.

(persona designada)

Dirección:

Sección C: Firma

Entiendo que Highmark Health Options tiene 10 días para responder esta solicitud, período que comienza el día que la recibimos.

Entiendo que si Highmark Health Options concede esta solicitud, en su totalidad o en parte, me informará de la aceptación de esta solicitud y proporcionará una copia de los registros solicitados.

Entiendo que Highmark Health Options tiene derecho a rechazar la solicitud, en su totalidad o en parte, y que me proporcionará una notificación de rechazo por escrito.

Entiendo que esta solicitud no se aplica a determinada información médica como (1) información que no se encuentra en el registro designado; (2) informes de psicoterapia; (3) información recopilada con anticipación razonable o para uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo; y (4) cualquier otra información médica no sujeta al derecho de acceso a información en virtud de la HIPAA.

Entiendo que esta solicitud de acceso a mi información médica confidencial solo corresponde a la información en poder de Highmark Health Options. Si quisiera tener acceso a mi información médica confidencial en poder de cualquier proveedor de atención médica, deberé enviar una solicitud por separado a dicho proveedor.

Entiendo que si se deniega mi solicitud de acceso a información médica confidencial, puedo tener derecho a solicitar que se reconsidere la decisión de la denegación. En tal caso, deberé presentar mi solicitud de reconsideración por escrito a:

Privacy Department
Highmark Health Options
PO Box 890419
Camp Hill, PA 17089

Entiendo que cualquier formulario incompleto devuelto a Highmark Health Options me será devuelto para que lo complete, y mi solicitud de acceso no se implementará hasta que no se reciba toda la información completa y se la procese.

Entiendo que si cambio la cobertura de los beneficios de atención médica o si dejo de ser miembro de Highmark Health Options y me reincorpo tiempo después, necesitaré volver a enviar esta solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por una persona en nombre del miembro que se indica en la parte superior de este formulario, adjunte el documento (es decir, poder legal general) que verifique la autoridad del firmante para actuar en nombre del miembro.

Sección D: Si usted es un representante personal que completa el formulario en nombre de un miembro de Highmark Health Options, escriba a continuación la relación y la razón legal que le otorga este derecho (es decir, poder notarial, tutela, etc.). Si no lo ha hecho, deberá completar un Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información y enviarlo a Highmark Health Options. Podrá obtener el formulario y devolverlo de la misma manera que el Formulario de solicitud de acceso.

Si no es miembro, escriba su nombre:

Relación con el miembro:

Figura jurídica registrada:

Número de teléfono:

Dirección:

Discrimination Is Against the Law

Highmark Health Options complies with applicable Federal civil rights laws and regulations and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, health status, sex, sexual orientation or gender identity. Highmark Health Options does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, health status, sex, sexual orientation or gender identity.

You can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Help in Your Language

Highmark Health Options provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, Braille, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters.
 - Information written in other languages.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

Si w pale kreyòl ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou do kat idantifikasyon w lan (TTY: 711).

注意：如果您讲中文，可以免费为您提供语言协助服务。拨打您的卡背面的号码（听障人士专用号码：(TTY: 711)。

注：英語を話す場合は、無料の言語支援サービスを利用できます。あなたのIDカードの裏面（：711 TTY）の番号を呼び出します。

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો, તમારા માટે ભાષા સહાયતા સેવાઓ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર ફોન કરો (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d’assistance linguistique vous sont offerts gratuitement. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d’identification (TTY : 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 카드 뒷면의 번호로 전화하십시오 (TTY: 711).

ATTENZIONE: Se parla italiano, per Lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero presente sul retro della Sua carta di identificazione (TTY: 711).

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, luôn có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlose Unterstützung in Ihrer Sprache zur Verfügung. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may maaari kang kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong card (TTY: 711).

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिनदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए नशिल्क उपलब्ध हैं। अपने पहचान कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर कॉल करें (TTY: 711)।

دفع یرک پآ، ٸوت یر یرتلوب/یرتلوب ودرآ پآ رگا: یرد یرجوت ڈراک یرڈ یرآ یرنپا یر یر بایرتسرد تفم تامدخ یرک تناعا یرک نابز (711-یرئو یرئو یرئو) یررک لاک یر یر رپ روربمن جرد یرچچ پ یرک

دفع یراسملا تامدخ یرف، یربرعلا یرغللا شدحتت تنك اذا: یربنت فقاظب رهظ یرع یرودملا مقرلا یرل ع لصتآ. یراملاب لكل عحاتم یروغوللا (711-یرصنلا فتاللا) یرتیرو

గమనక: మరు తులుగు ముట యోడ వారైతై, భాషా సహాయక సువులు, ఖర మ లకుండా, మరు లభాస తున నాయు. ము ఐడొ కార డుకు (TTY: 711) వనుక వైము ఉన న నంబర్ కొ ఫోన్ వయండు.