Instrucciones para completar el Formulario de solicitud del registro de información médica confidencial divulgada 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 solicitada:

1. Escriba una fecha de inicio y una fecha de finalización entre las cuales solicita un registro de toda la información divulgada.

   Tenga en cuenta que no podremos incluir la información que se haya divulgado antes del 14 de abril de 2003 dado que la recopilación de la información divulgada comenzó a requerirse después de esa fecha.

2. Indique dónde Highmark Health Options deberá enviar la copia de la información médica confidencial que solicita. Si solicita que enviemos el registro por correo a otra persona en lugar de a usted mismo y/o a una dirección que no sea la dirección asociada con su cuenta, tenga a bien indicar esta información en los campos proporcionados.

Sección C: Firma

1. Esta autorización debe ser firmada y fechada por el miembro cuya información debe divulgarse.
2. Si el miembro no puede firmar esta autorización, 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 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 del registro.

HIGHMARK HEALTH OPTIONS

Solicitud del registro de divulgación de información médica confidencial

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 solicitada:

Como miembro de Highmark Health Options, usted tiene derecho a solicitar un registro de la información médica confidencial divulgada con fines distintos del tratamiento, el pago por la atención o las operaciones comerciales de rutina. Nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad proporciona una descripción detallada de cómo podemos usar o divulgar su información.

Desearía recibir un registro de toda la información divulgada durante el siguiente período:

Fecha de inicio: ____/____/_____ Fecha de finalización: ____/____/_____

Tenga en cuenta que no podremos incluir la información que se haya divulgado antes del 14 de abril de 2003 dado que la recopilación de la información divulgada comenzó a requerirse después de esa fecha. Usted no podrá solicitar un registro de la información divulgada antes del 14 de abril de 2003 o de la información divulgada más de seis años antes de la fecha de su solicitud. Solo proporcionaremos un registro de la información divulgada después de la fecha de su última solicitud del registro de información.

☐ 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 no deberá notificarme sobre información que divulgue con fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica o como parte de un conjunto de datos limitado.

Entiendo que Highmark Health Options no deberá notificarme sobre información que divulgue sobre mí, información autorizada por mí, información divulgada a personas involucradas en mi atención, o para fines de notificación (notificar a un familiar, representante personal u otra persona de la ubicación, estado general o muerte del individuo).

Entiendo que el registro de información divulgada que he solicitado se me proporcionará dentro de los 60 días, a menos que se me notifique por escrito que se requiere una extensión de hasta 30 días.

Entiendo que Highmark Health Options no deberá notificarme sobre información divulgada para fines de inteligencia o seguridad nacional, información divulgada a instituciones correccionales o autoridades competentes, o información divulgada inherente a un uso o información divulgada permitida o requerida por las leyes estatales o federales. Además, entiendo que mi derecho a recibir un registro con parte o la totalidad de la información divulgada puede ser suspendido por el gobierno en circunstancias limitadas.

Entiendo que si se deniega mi solicitud para recibir un registro de la información divulgada, 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.

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 del registro de información.

Si no es miembro, escriba su nombre:	Relación con el miembro:
Figura jurídica registrada:	Número de teléfono:
Dirección:	

Highmark Health Options is an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross Blue Shield Plans.

HIGHMARK HEALTH OPTIONS

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 આઇડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નાંબર 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 (TYY: 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 हिन्दी बोलते है, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निशुल्क उपलब्ध है। अपने पहचान कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर कॉल करें (TTY: 711)।

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے/بولتی ہیں تو، آپ کے لیے زبان کی اعانت کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ اپنے آئی ڈی کارڈ کے پیچھے درج نمبر پر ہمیں کال کریں (ٹی ٹی وائی: 711)۔

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل على الرقم المدوّن على ظهر بطاقة هويتك (الهاتف النصي: 711).

గమనిక: మీరు తెలుగు మాట్లాడే వారైతే, భాషా సహాయక సేవలు, ఖర్చు లేకుండా, మీరు లభిస్తున్నాయి. మీ ఐడి కార్డుకు (TTY: 711) వెనుక వైపు ఉన్న నంబర్ కి ఫోన్ చేయండి.