

SOLICITUD INFORME DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

(Para propósitos que **no** están relacionados con Tratamiento, Pago u Operaciones del Cuidado de la Salud).

Usted tiene derecho de inspeccionar y recibir una copia electrónica o impresa de su Información Protegida de Salud, dentro de los límites y excepciones que provee la ley. First Medical puede denegar su solicitud de examinar y obtener copia bajo ciertas circunstancias limitadas. First Medical, puede cobrarle un cargo razonable para cubrir gastos relacionados con su solicitud.

| | | | |
|---|---|--|--|
| I. Información del Suscriptor/Dependiente: | | | |
| Nombre: | Inicial: | Apellidos: | Fecha de Nacimiento: |
| Dirección postal: | | | Número de Contrato: |
| Teléfono Residencial: | Teléfono Celular: | Teléfono del Trabajo: | |
| Otro Número de Teléfono: | | Mejor hora para llamar: | |
| Dirección de Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Autorizo a FMHP a enviar información a mi correo electrónico de forma segura (Cifrada) | | | |
| Mi información protegida de salud (PHI) será usada o divulgada para los siguientes propósitos: (Por favor, elija una opción) | | | |
| <input type="checkbox"/> Solicitud del Suscriptor/Dependiente | <input type="checkbox"/> Procedimiento Judicial | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) | |
| II. Indique cómo desea recibir la información solicitada: | | | |
| <input type="checkbox"/> Correo Postal | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico | <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> A la mano |
| III. Información de la persona u organización a recibir Información Protegida de Salud | | | |
| Nombre: | | Posición/Relación: | |
| Dirección postal: | | | |
| Teléfono: | Fax: | Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Autorizo a FMHP a enviar información al correo electrónico de forma segura (Cifrada) | |
| IV. Autorizo el uso y divulgación de la siguiente Información Protegida de Salud: (selecciona todas las que apliquen) | | | |
| <input type="checkbox"/> Historial de Pago <input type="checkbox"/> Historial de Hospitalización | <input type="checkbox"/> Historial de Utilización <input type="checkbox"/> Historial Sala de Emergencias | <input type="checkbox"/> Historial de Farmacia <input type="checkbox"/> Historial de Laboratorios | <input type="checkbox"/> Información del Proveedor: <input type="checkbox"/> Otros: |
| V. Periodo solicitado: Desde- | | Hasta- | |

Al firmar este documento, estoy autorizando a First Medical Health Plan, Inc., a usar y divulgar mi Información Protegida de Salud (PHI) para propósitos **no relacionados** con el Tratamiento, Pago u Operaciones del Cuidado de la Salud. Las personas o entidades que autorizo a recibir mi información protegida de salud podrían no estar sujetas a las regulaciones de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) o cualquier otra ley federal o local de privacidad de información de salud. La información a ser utilizada o divulgada, de acuerdo con esta autorización, puede

incluir datos relacionados con: (1) SIDA o VIH, (2) Tratamiento para el Abuso de Drogas o Abuso de Alcohol o (3) Salud Mental o de Comportamiento o Tratamiento Siquiátrico.

Esta solicitud puede ser revocada en cualquier momento, notificando por escrito a:

First Medical Health Plan, Inc.
Unidad de Privacidad
PO BOX 191580
San Juan, PR 00919-1580

La revocación no tendrá efecto alguno sobre cualquier información que ya hubiera sido usada o divulgada por First Medical antes de recibir la notificación escrita. Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada por el recipiente a terceros y, por lo tanto, no estará protegida bajo las leyes federales o leyes estatales de Puerto Rico.

Formularios incompletos no serán procesados. Todos los campos son requeridos, a menos que se especifique lo contrario. Favor de completar y firmar.

Firma del Beneficiario/Suscriptor: _____ Fecha: _____

Si usted es un Representante Legal del Beneficiario/Suscriptor, deberá:

1. Indicar su nombre completo: _____
2. Describir su autoridad para actuar por el Beneficiario/Suscriptor (por ejemplo: poder, orden judicial, etc.) _____
3. Proveer una copia del documento legal que lo nombra Representante Legal. Un documento de representación del Seguro Social no es admisible para propósito de este formulario (favor de solicitar asistencia a un Representante de Servicio al Cliente).

Si tiene preguntas sobre este formulario, puede comunicarse con First Medical al 787-474-3999, ext.2108.