

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Usted tiene derecho a solicitar restricciones a ciertos usos y divulgaciones de su Información Protegida de Salud en cumplimiento con la Sección 164.522 del Reglamento de Privacidad. First Medical, no está obligado a aceptar las restricciones que usted solicite si esto afecta su atención médica o no van alineadas al cumplimiento de First Medical con ciertas leyes y regulaciones.

Usted puede someter su solicitud dirigiéndola al **Principal Oficial de Cumplimiento y Privacidad de First Medical Health Plan, Inc.**, al **PO Box 191580, San Juan, PR 00919-1580**, a través del correo electrónico: [cumplimiento@firstmedicalpr.com](mailto:cumplimiento@firstmedicalpr.com), facsímil 787-300-3913 o entregándola directamente en cualquiera de las Oficinas de Servicio de First Medical Health Plan, Inc.

<b>I. Información del Beneficiario/Suscriptor:</b>		
Nombre:	Segundo Nombre:	Apellidos:
Fecha de Nacimiento ( <i>Mes/Día/Año</i> ):		Número de Identificación del Plan/Número de Contrato:
Dirección:		
Teléfono Principal:		Teléfono Alterno:
Correo Electrónico: _____		
<input type="checkbox"/> Autorizo a First Medical a enviar información a mi correo electrónico de forma segura ( <i>Cifrada</i> ).		
<b>II. Tipo de Solicitud</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Nueva Solicitud</b> - Restricción de Uso y/o Divulgación de Información Protegida de Salud <input type="checkbox"/> <b>Revocar Restricción de Uso y/o Divulgación</b> - Solicitar la revocación de la restricción de uso y/o divulgación de Información Protegida de Salud. Favor indicar la fecha efectiva de revocación. _____*		
<b>III. Restricción de Uso y/o Divulgación de Información Protegida de Salud:</b>		
Entiendo que una divulgación de Información Protegida de Salud puede ser necesaria en caso de emergencia, tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud o cuando sea requerida o autorizada por Ley.		
Favor de especificar qué información protegida de salud usted desea limitar su uso o divulgación: _____ _____ _____		
<b>IV. Vigencia</b>		
Esta restricción de uso y/o divulgación es vigente a partir de la fecha de la solicitud hasta el término de duración que usted especifique:		
<input type="checkbox"/> Un (1) año	<input type="checkbox"/> Otro Término ____/____/____	<input type="checkbox"/> No caduca
<b>V. Firma</b>		
Firma de 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 o certificación médica)		

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).

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para Uso exclusivo de FMHP Departamento de Cumplimiento-Unidad de Privacidad**

- Solicitud Aceptada  
 Solicitud Denegada Razón: \_\_\_\_\_  
 Se notifico al Beneficiario/Suscriptor Fecha: \_\_\_\_\_

Si necesita información adicional, comuníquese con la Unidad de Privacidad de First Medical Health Plan, Inc., al 787-474-3999, extensión 2108/2583. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

El Departamento de Servicio al Cliente ofrece servicios de intérprete de idiomas y lenguaje de señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales como: Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece al dorso de su tarjeta del plan.

The Customer Service Department offers free language interpreter services and Sign Language. This includes services in alternate formats such as Braille, large print, and translation to other languages, verbally or written, amongst others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department at the number on the back of your plan card.

**First Medical** cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. **First Medical** complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

First Medical 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。