

**SOLICITUD INFORME DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS E HISTORIAL CLÍNICO**

(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.

<b>I. Información del Beneficiario/Suscriptor/Dependiente:</b>			
Nombre:	Segundo Nombre:	Apellidos:	
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):		Número de Identificación del Plan/Número de Contrato:	
Dirección Postal:			
Teléfono Principal:		Teléfono Alternativo:	
Teléfono del Trabajo:		Mejor hora para llamar:	
Dirección de Correo Electrónico: _____			
<input type="checkbox"/> Autorizo a FMHP a enviar información a mi correo electrónico de forma segura ( <i>Cifrada</i> )			
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)	
<b>II. Indique cómo desea recibir la información solicitada:</b>			
<input type="checkbox"/> Correo Postal	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> A la mano
<b>III. Información de la persona u organización a recibir Información Protegida de Salud</b>			
Nombre:		Posición/Relación:	
Dirección postal:			
Teléfono:	Fax:	Correo Electrónico:	
<b>IV. Autorizo el uso y divulgación de la siguiente Información Protegida de Salud: (selecciona todas las que apliquen)</b>			
<input type="checkbox"/> Historial de Pago	<input type="checkbox"/> Historial de Utilización <input type="checkbox"/> Información clínica (MHK)	<input type="checkbox"/> Historial de Farmacia	<input type="checkbox"/> Otros:
<b>V. Periodo solicitado: Desde-</b>		<b>Hasta-</b>	

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 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: \_\_\_\_\_

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**

Si tiene preguntas sobre este formulario, puede comunicarse con First Medical al 787-474-3999 extensiones 2108/2583.

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。**