



Solicitud de acceso de los miembros a su información de salud protegida (PHI)

Tiene derecho a obtener copias o revisar su información de salud protegida en nuestro poder. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) le otorga este derecho. Esto puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, reclamaciones y de otro tipo. Revisaremos su solicitud. Le haremos llegar su información o le diremos por qué no podremos hacerlo. *Nota importante: No disponemos de copias completas de sus registros médicos. Póngase en contacto con su médico para obtener una copia de su expediente médico.*

CON LETRA MOLDE, LLENE:

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Núm. de id. de miembro: _____ Teléfono: _____

Quiero revisar u obtener copias de mi información de salud protegida.

¿Qué parte de su información de salud protegida desea revisar?

Me gustaría revisar:

Seleccione **todas** las casillas que apliquen:

Registros de inscripción Registros de reclamaciones Otros registros (explique a continuación)

¿Le parece bien obtener un resumen de la información anterior?: Sí No

¿Cómo desea acceder a esta información?

Quiero recibir mi información:

Seleccione solo una casilla: Inspección Copia

Puede haber casos en los que Molina Healthcare (Molina) no pueda darle la información de la forma que usted desea. Le dejaremos entrar y leer una copia.

¿Tendrán algún costo las copias o el envío por correo?

Es posible que Molina le pida pagar el costo de estos servicios. Puede tratarse del costo por el trabajo realizado, las copias o el envío.

¿Está dispuesto a pagar este costo? Sí No

Firma del miembro o su representante personal

Fecha

Nombre en letra molde del miembro o en caso de aplicar,
de su representante personal

Relación con el miembro o autoridad para actuar en nombre
del miembro del representante personal, en caso de aplicar