



## Solicitud de acceso a información médica protegida

Tiene derecho a solicitar acceso para inspeccionar u obtener una copia de su PHI que Blue Shield of California mantiene en un conjunto de registros designado. Un conjunto de registros designado es un grupo de registros mantenidos por o para Blue Shield of California, que incluyen registros de inscripción, pago, adjudicación de reclamos, administración médica o de casos u otra información que usamos para tomar decisiones sobre usted. Se le notificará por escrito si su solicitud ha sido concedida o rechazada, incluyendo los motivos de rechazo.

Usted no tiene derecho a inspeccionar ni obtener una copia de ninguna nota de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable de, o para su uso en, una demanda o procedimiento civil, penal o administrativo; o información no sujeta a que le sea divulgada a usted conforme a las Enmiendas de Mejora de Laboratorios Clínicos de 1988.

Tenga en cuenta que no mantenemos expedientes médicos. Debe comunicarse con su proveedor o centro de atención médica para solicitar copias de sus expedientes médicos o el acceso a los mismos.

### Persona que solicita el acceso:

Nombre:

Número de identificación de suscriptor:

Dirección:

Número de teléfono

Fecha de nacimiento:

- ¿Se trata de una solicitud para inspeccionar o recibir una copia de registros?  Inspeccionar  Copias
- ¿En qué formato le gustaría recibir copias?  Impreso  Electrónico (si está disponible)
- Si hay copias electrónicas disponibles, ¿en qué formato prefiere recibir las? (Es posible que no podamos satisfacer solicitudes de formatos electrónicos específicos, pero haremos un esfuerzo razonable para hacerlo):

*Entiendo que si se concede mi solicitud de copias de registros, es posible que deba pagar una tarifa razonable basada en el costo por hacer la copia (incluido el costo de los suministros y la mano de obra) y/o franqueo postal, y que Blue Shield me notificará con anticipación si corresponde pagar una tarifa.*

### Firma de la persona o representante personal:

Firma

Fecha

Si este formulario es firmado por una persona que no es la persona o el padre/la madre de un niño menor de edad, por ejemplo, un representante personal/legal o tutor, debe **presentar documentación** que muestre su derecho a actuar en nombre de la persona con respecto a su atención médica/PHI, tal como una autorización válida en virtud de la HIPAA, un poder para atención médica o documentos de tutela. **También proporcione la siguiente información:**

Nombre, dirección y relación del representante con la persona para la cual se presenta esta solicitud (letra de molde):

### Devuelva la solicitud completada y firmada a:

Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

H0504\_13-SP\_144C 07052013

S2468\_13-SP\_144C 07052013