



Solicitud de justificación de divulgación de la información médica protegida (PHI)

Información Médica Protegida (PHI) se refiere a información sobre su salud. Este formulario debe estar completo y firmado para procesar esta solicitud.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de identificación de miembro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono
Calle		
Ciudad, estado y código postal		

2. Descripción del informe de justificación

Una vez que recibamos este formulario de solicitud firmado, le enviaremos un informe de justificación. En el informe, se incluye la divulgación de información por motivos que no estén relacionados con el “tratamiento”, el “pago” u “operaciones de atención médica”.

3. El período del informe de justificación no puede ser de más de seis (6) años desde la fecha de esta solicitud.

Mi solicitud corresponde a las siguientes fechas:

_____ hasta _____
MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

4. ¿A qué dirección desea que le enviemos este informe de justificación?

¿Quién recibirá este informe de justificación?

Miembro Representante legal del miembro Padre biológico o adoptivo del miembro

Nombre del destinatario en letra de imprenta

Dirección del destinatario

Ciudad, estado y código postal

Información importante:

- Al firmar este formulario, autorizo a Mercy Care a proporcionar un informe de justificación de la divulgación de PHI sobre el miembro indicado en la **Sección 1** al destinatario indicado en la **Sección 4**.
- Esta aprobación es solo para esta solicitud.
- El destinatario podrá volver a divulgar la información incluida en este informe y posiblemente esta ya no estará protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.
- No se incluirán las divulgaciones previas a los seis años antes de que se realice esta solicitud.

5. Firma del miembro o del representante autorizado

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación que los vincula: (padre, tutor legal, apoderado, representante personal)	

Representante autorizado significa que usted cuenta con evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

Un representante firma en nombre de una persona que, legalmente, no puede firmar por sí misma. Si el miembro es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar en nombre del menor. Si usted es un representante, cuando firma este formulario, debe enviar la evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Nosotros podemos ayudarlo. Llame a Mercy Care al 800-624-3879.

Firme y envíe este formulario completo a la dirección que figura debajo:

**Mercy Care
Privacy Officer or Coordinator
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040**

Espere nuestra respuesta en el plazo de 60 días.

Aviso de no discriminación

Mercy Care cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Mercy Care no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Mercy Care:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

Si considera que Mercy Care no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de Derechos Civiles a la siguiente dirección:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
4500 East Cotton Center Boulevard
Phoenix, AZ 85040

Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@mercycareaz.org

Puede presentar una queja en persona o por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar un reclamo de derecho civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; o bien, puede hacerlo por correo electrónico o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

