

Solicitud de acceso a 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 PHI

Una vez que recibamos este formulario de solicitud firmado, le proporcionaremos un informe de PHI. El informe incluirá los últimos 24 meses de información PHI que tengamos. Si desea recibir PHI que corresponda a otras fechas, complete las fechas a continuación.

De: _____ Hasta: _____

Si tiene beneficios de atención a largo plazo (LTC) y desea recibir esa información, marque la casilla correspondiente a continuación.

☐ Quiero que el informe incluya información sobre LTC

☐ Quiero que el informe solo contenga información sobre LTC

3. ¿A qué dirección desea que le enviemos este informe de PHI?

¿Quién recibirá este informe de PHI?

☐ 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 PHI sobre el miembro indicado en la **Sección 1** al destinatario indicado en la **Sección 3**.
- Esta aprobación es solo para esta solicitud.
- Este informe puede incluir información sobre enfermedades crónicas, afecciones de salud conductual, alcoholismo y abuso de sustancias, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA o marcadores genéticos.
- Este informe no incluye notas sobre psicoterapia.
- 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.

4. 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 [1-800-624-3879](tel:1-800-624-3879).**

O llame a Mercy Care Advantage al [1-877-436-5288](tel:1-877-436-5288).

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

**Mercy Care
Privacy Officer or Coordinator
4750 S. 44th Place, Ste. 150
Phoenix, AZ 85040**

Espere nuestra respuesta en el plazo de 30 días.