

Formulario de Acceso a la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés)
(Para propósitos que **no** están relacionados a 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 a su solicitud.

I. Información del Suscriptor/Dependiente:			
Nombre:	Inicial:	Apellidos:	Fecha de Nacimiento:
Dirección postal:			Número de Contrato:
Teléfono Residencial:	Teléfono Celular:	Teléfono del Trabajo:	
Otro Número de Teléfono:		Mejor hora para llamar:	
Dirección de Correo Electrónico: ☐ Autorizo a FMHP a enviar información a mi correo electrónico de forma segura (Cifrada)			
Mi información protegida de salud (PHI) será usada o divulgada para los siguientes propósitos: (Por favor, elija una opción)			
☐ Solicitud del Suscriptor/Dependiente	☐ Procedimiento Judicial	☐ Otro (Especifique)	
II. Indique cómo desea recibir la información solicitada:			
☐ Correo Postal	☐ Correo Electrónico	☐ Fax	☐ A la mano
III. Información de la persona u organización a recibir Información Protegida de Salud			
Nombre:		Posición/Relación:	
Dirección postal:			
Teléfono:	Fax:	Correo Electrónico: ☐ Autorizo a FMHP a enviar información al correo electrónico de forma segura (Cifrada)	
IV. Autorizo el uso y divulgación de la siguiente Información Protegida de Salud: (selecciona todas las que apliquen)			
☐ Historial de Pago	☐ Historial de Utilización	☐ Historial de Farmacia	☐ Información del Proveedor:
☐ Historial de Hospitalización	☐ Historial Sala de Emergencias	☐ Historial de Laboratorios	☐ Otros:
V. Periodo solicitado: Desde- Hasta-			

Al firmar este documento, estoy autorizando a First Medical Health Plan, Inc., a usar y divulgar mi Información Protegida de Salud (PHI) para propósitos **no relacionados** con el Tratamiento, Pago u Operaciones del Cuidado de la Salud. Las personas o entidades que autorizo a recibir mi información protegida de salud podrían no estar sujetas a las regulaciones de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) o cualquier otra ley federal o local de privacidad de

información de salud. La información a ser utilizada o divulgada, de acuerdo a esta autorización, puede incluir datos relacionados con: (1) SIDA o VIH, (2) Tratamiento para el Abuso de Drogas o Abuso de Alcohol o (3) Salud Mental o de Comportamiento o Tratamiento Siquiátrico.

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

La revocación no tendrá efecto alguno sobre cualquier información que ya hubiera sido usada o divulgada por First Medical antes de recibir la notificación escrita. Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada por el recipiente a terceros y por lo tanto no estará protegida bajo las leyes federales o leyes estatales de Puerto Rico.

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, etc.) _____
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).

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