



Formulario de solicitud de privacidad

Fecha de la solicitud: _____

Para solicitar información del miembro de MARYLAND PHYSICIANS CARE, marque uno o más de las casillas a continuación.

- Recibir una copia de prácticas de privacidad.
- Recibir registros de reclamaciones.
- Cambiar algo en los expedientes del miembro.
- Recibir lista de organizaciones a las que MARYLAND PHYSICIANS CARE da expedientes del miembro.
- Limitar cómo MARYLAND PHYSICIANS CARE usa y entrega expedientes del miembro.
- Denegar la divulgación de Información personal de salud más allá del uso para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm. de identificación: _____

Teléfono: (____) _____

¿Es usted el miembro? Sí No **Si la respuesta es “NO”, informe a MARYLAND PHYSICIANS CARE quién es usted marcando una de las casillas siguientes. Dé a MARYLAND PHYSICIANS CARE copias de documentos que muestren que usted tiene derecho a hacer esta solicitud.**

- Soy el papá/la mamá o tutor del miembro.
- Yo tomo las decisiones sobre atención médica del miembro.
- El miembro ha muerto y yo cuido su patrimonio.
- Otro (explique) _____

Nombre del solicitante (si no es el miembro): _____

Explique su solicitud

Díganos qué quiere recibir y por qué. Es necesario que provea fechas de servicio, nombres de proveedores, etc. [MARYLAND PHYSICIANS CARE] Maryland Physicians Care puede cobrarle por recibir copias de los expedientes del miembro o una lista de personas y empresas a las que damos expedientes del miembro. Es necesario que informe a MARYLAND PHYSICIANS CARE si no puede pagar algún honorario.

A dónde quiere que se envíen los expedientes

Dirección: _____
Calle Ciudad, Estado Código postal

Yo (el miembro o la persona que actúa por el miembro) estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Puedo autorizar a que Maryland Physicians Care use o entregue los expedientes del miembro. Cuando doy una aprobación, Maryland Physicians Care dará expedientes del miembro a una persona o empresa.
- Sé que los expedientes del miembro no siempre se pueden mantener seguros bajo las leyes de privacidad. Sé que una persona o empresa que recibe expedientes del miembro los puede compartir nuevamente.
- Puedo retirar esta autorización presentando a [Maryland Physicians Care] una solicitud por escrito.
- Puede que no se me permita que retire una autorización en algunos casos. Puedo informarme más sobre esto en el Aviso de prácticas de privacidad de Maryland Physicians Care.
- Esta autorización terminará en doce (12) meses desde la fecha de la firma.
- Si quiero que esta autorización termine antes de esta fecha, informaré a Maryland Physicians Care cuándo y la razón por la que quiero que termine. Use el espacio a continuación para explicar:

- He leído y entiendo este formulario.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Si es el miembro - Firma del miembro

Fecha

Si es el miembro -Nombre del miembro en letra de imprenta

Envíe este formulario de solicitud de privacidad a:

**Maryland Physicians Care
Privacy Officer or Coordinator
1201 Winterson Road, 4th Floor
Linthicum Heights, MD 21090**

Llame a Maryland Physicians Care al 800-953-8854 con preguntas y comentarios.

Modificado: 06/17