

SOLICITUD DE ACCESO A REGISTROS DESIGNADOS DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Utilice este formulario cuando desee ver los registros de su información médica que Neighborhood conserva.

INSTRUCCIONES

- Sección A:** Complete el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación de Neighborhood del miembro.
- Sección B:** Si usted es el representante personal del miembro, escriba aquí su nombre y adjunte el documento correspondiente (por ejemplo, un poder notarial firmado).
- Sección C:** Seleccione los registros de Neighborhood que quiere recibir. Tiene derecho a ver los registros de su información médica protegida, que incluye inscripción, pago de reclamos, quejas y apelaciones, y registros de coordinación de casos (políticas de Neighborhood n.º 000051 y n.º 000655). Es posible que estos registros no incluyan información como copias de las notas de psicoterapia, información que hemos recopilado para uso legal y otros registros determinados.
- Puede elegir ver todos sus registros, o bien, puede pedir registros específicos. Incluya las fechas de estos registros.
- Sección D:** Elija cómo quiere recibir estos registros (seleccione solo una opción). Puede pedir que le envíen copias impresas por correo o archivos electrónicos por correo electrónico. Tenga en cuenta que, una vez que se le envíen los registros, dejarán de estar protegidos por las leyes de privacidad de Neighborhood. Es su responsabilidad conservarlos en un lugar seguro y privado. Tenemos derecho a cobrarle una pequeña tarifa por las copias de sus registros. Nos contactaremos con usted si no podemos enviarle sus registros en el formato solicitado.
- Sección E:** **DEBE** firmar este documento.
- Envíe este formulario a:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Departamento de Cumplimiento (Compliance Department)
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

**Si necesita ayuda con este formulario, comuníquese con
Servicios para Miembros de Neighborhood al 1-800-963-1001 (TTY 711).**

INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) y Dual CONNECT (HMO D-SNP) de Neighborhood Health Plan of Rhode Island son planes de salud que tienen contrato con Medicare y el programa Medicaid de Rhode Island. La inscripción en el plan INTEGRITY for Duals o Dual CONNECT de Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende de la renovación del contrato.

SOLICITUD DE ACCESO A REGISTROS DESIGNADOS DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Complete lo siguiente:

NOMBRE		NÚMERO DEL TELÉFONO QUE USA DURANTE EL DÍA	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	N.º DE ID DEL MIEMBRO

SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL

*Complete esta sección solo si no es el miembro. Escriba su nombre en letra imprenta a continuación y marque la casilla que describe su relación con el miembro. **Adjunte una prueba de su relación con el miembro (por ejemplo, poder notarial, documentación de tutela, etc.).**

Nombre en letra imprenta del representante personal: _____

- ☐ **Tutor legal:** Adjunte la documentación de tutela, que debe llevar el sello y la firma del tribunal.
- ☐ **Poder notarial:** Adjunte el poder notarial (debe incluir la autorización para divulgar información médica)
- ☐ **Albacea:** Adjunte la carta de nombramiento como albacea, que debe llevar el sello y la firma del tribunal.

SECCIÓN C: FECHA DE LOS REGISTROS

Elija una opción:

- ☐ Un resumen de todos los registros durante el siguiente período:

DESDE _____ **HASTA** _____

MES AÑO MES AÑO

- ☐ Registros específicos: _____
- _____
- _____

SECCIÓN D: TIPO DE REGISTROS QUE DESEA RECIBIR (marque una opción)

- ☐ Copias impresas por correo a:

NOMBRE

DOMICILIO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

- ☐ Copias electrónicas por correo electrónico seguro:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

SECCIÓN E: FIRMA

FIRMA DEL MIEMBRO o REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA