



SOLICITUD DE ACCESO A EXPEDIENTES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DESIGNADOS

Use este formulario si quiere ver sus expedientes de información médica que están en manos de Neighborhood.

INSTRUCCIONES

- Sección A:** Escriba su nombre, dirección, número telefónico y número de identificación de Neighborhood.
- Sección B:** Si usted es el representante personal del miembro, por favor escriba su nombre en esta sección y adjunte un documento de comprobación (p. ej., poder notarial firmado).
- Sección C:** Seleccione los expedientes de Neighborhood que quiere recibir. Puede seleccionar todos sus expedientes o solicitar expedientes específicos. Por favor, incluya las fechas de los expedientes.
- Sección D:** Especifique cómo quiere recibir los expedientes (escoja solamente una opción). Puede solicitar que le enviemos copias en papel por correo postal o archivos por correo electrónico. Por favor, tenga presente que al enviarle los expedientes, estos dejan de estar protegidos por las normas de privacidad de Neighborhood. Será su responsabilidad mantener su seguridad y confidencialidad.
- Sección E:** Usted **DEBE** firmar este documento.
- Por favor envíe este formulario a:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Compliance Department
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Neighborhood Health Plan of Rhode Island cumple con las leyes federales pertinentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Spanish: **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-401-459-6019 (TTY 711).

Portuguese: **ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-401-459-6009 (TTY 711).

Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame a Servicios para Miembros de Neighborhood al teléfono 1-800-459-6019 (TTY 711).

SOLICITUD DE ACCESO A EXPEDIENTES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DESIGNADOS

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Por favor, llene esta sección:

NOMBRE		NRO. TELEFÓNICO DIURNO	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NRO. DE ID DE MIEMBRO

Usted tiene derecho a ver los expedientes de Neighborhood de su información médica protegida, incluyendo expedientes sobre elegibilidad, inscripción, pago, solicitudes de reembolso (“reclamos”), apelaciones, y gestión de caso o gestión médica. Esto no incluye información como copias de notas de psicoterapia, información que reunimos para fines legales y ciertos otros expedientes.

SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted no es el miembro, por favor escriba su nombre abajo y marque la casilla que describe su relación con el miembro. **Por favor, adjunte un comprobante de su relación con el miembro (p. ej., poder notarial o carta de custodia).**

Nombre del representante personal (en letra de molde): _____

- Custodio legal:** Adjunte carta o documento de custodia, sellados y firmados por un juez.
- Apoderado legal:** Adjunte poder notarial (debe incluir autorización de divulgación de información médica)
- Albacea:** Adjunte documento de nombramiento de albacea, sellado y firmado por un juez.

SECCIÓN C: FECHAS DE LOS EXPEDIENTES

Marque una opción:

- Resumen de todos los expedientes durante el siguiente período:

DESDE _____ **HASTA** _____

MES AÑO MES AÑO

- Expedientes específicos:

SECCIÓN D: TIPO DE EXPEDIENTES (marque una opción)

- Copias en papel enviadas por correo a: _____
NOMBRE

DIRECCIÓN POR CALLES

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

- Copias electrónicas (*marque una opción*)

- Archivo PDF por correo electrónico

- CD-ROM enviado a la dirección anterior
mediante el Servicio Postal de los EE. UU.

NOMBRE

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Neighborhood Health Plan of Rhode Island se comunicará con usted si no podemos entregarle sus expedientes en el formato que desea. Nos reservamos el derecho de aplicar un módico cargo por sacarle las copias a sus expedientes.

SECCIÓN E: FIRMA

FIRMA DEL MIEMBRO O DE SU REPRESENTANTE

FECHA