EmblemHealth | UnitedHealthcare

# Solicitud de Informe sobre Divulgaciones No de Rutina de Información de Salud Protegida

Las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) permiten a las personas solicitar informes sobre ciertas divulgaciones de su Información de Salud Protegida (Protected Helath Information, PHI). EmblemHealth y UnitedHealthcare pueden divulgar su Información de Salud Protegida para tratamientos, pagos, tareas administrativas de cuidado de la salud y según lo exijan o permitan las normas de privacidad de la HIPAA u otras leyes estatales o federales. Nuestro Aviso de Privacidad le informa que estas divulgaciones pueden producirse sin su consentimiento en el momento en que se realizan.

**Usted puede solicitar un informe sobre ciertas divulgaciones solo sobre su persona,** a menos que esté autorizado para obtener información sobre otra persona.

Tenemos la obligación de realizar un seguimiento e informarle, previa solicitud, de todas las divulgaciones de Información de Salud Protegida hechas a partir del 14 de abril de 2003, excepto las divulgaciones realizadas por las siguientes razones o a las siguientes entidades: (i) para tratamientos, pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) a usted o a alguien legalmente autorizado para actuar en nombre de usted; (iii) a cualquier persona conforme a un formulario de autorización llenado y firmado por usted o alguien legalmente autorizado para actuar en nombre de usted; (iv) o que sean incidentales a un uso o divulgación permitidos o requeridos de otro modo.

Al llenar este formulario, asegúrese de:

- Llenar todas las secciones de manera completa
- Escribir la información en letra de molde legible
- Proporcionarnos su información más actualizada

**Tenga en cuenta:** Si usted es un tutor o un representante designado por un tribunal para la persona, debe adjuntar copias de su autorización para representar a la persona a fin de obtener acceso a la Información de Salud Protegida de esta.

Solo podemos proporcionarle un informe sobre las divulgaciones no de rutina realizadas por EmblemHealth y UnitedHealthcare en relación con los beneficios administrados por EmblemHealth y UnitedHealthcare. Para obtener un informe sobre las divulgaciones no de rutina de su Información de Salud Protegida en relación con otro beneficio no administrado por EmblemHealth y UnitedHealthcare, debe comunicarse directamente con la entidad que administra esos beneficios. Si no podemos proporcionarle un informe de las divulgaciones en un plazo no mayor de 60 días de la recepción de su solicitud, nos comunicaremos con usted y le informaremos de la demora.

*(Continúa)*

Este formulario se utiliza para solicitar un informe que indica las divulgaciones no de rutina de su Información de Salud Protegida (PHI). Debe llenarse por completo para asegurarse de que EmblemHealth y UnitedHealthcare procesen correctamente su solicitud. Una vez procesada la solicitud, se le enviará un informe por correo postal a usted o a su representante personal autorizado. **Imprima y llene este formulario.**

## Informe sobre divulgaciones de Información de Salud Protegida para

Nombre del miembro _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono ____ - ____ - _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / _____ (MM DD AAAA) Género ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario ☐ Otro (especifique) _____

Relación con el suscriptor ☐ Yo ☐ Hijo/a ☐ Si es otro, describa la relación _____

## Fecha de esta solicitud

Indique el *rango de fechas* de la información que está solicitando

☐ Desde el 14 de abril de 2003 hasta la fecha de esta solicitud ☐ Desde ___ / ___ / _____ (MM DD AAAA) hasta ___ / ___ / _____ (MM DD AAAA)

*Tenga en cuenta que no podemos proporcionarle información sobre divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003.*

## Firma del miembro o su representante personal

Firma autorizada de la persona, o del representante personal de la persona, sobre quien se solicita la información de salud protegida:

**Autorizo la emisión y el envío de un informe sobre divulgaciones de Información de Salud Protegida a mí, a otras personas según las indicaciones en una autorización firmada, o a otras personas legalmente autorizadas para que actúen en mi nombre, a la dirección mencionada en la Sección 1 de este formulario. Entiendo que esta solicitud no se aplica a ciertos tipos de divulgaciones, que incluyen aquellas relacionadas con tratamientos, pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud.**

Firma de la persona _____ Fecha ___ / ___ / _____ (MM DD AAAA)

Firma del padre, madre o representante personal (si corresponde) _____ Fecha ___ / ___ / _____ (MM DD AAAA)

Nombre del padre, madre o representante personal _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono ____ - ____ - _____

Relación con la persona y autorización para actuar en nombre de la persona _____

**Importante:** Es posible que se exija que un representante personal, incluido padre o madre, tutor legal o albacea testamentario, adjunte una copia de la documentación legal a este formulario de solicitud.

## Información del suscriptor

ID de miembro de NYCE PPO _____ Número de grupo _____

Nombre del suscriptor _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono ____ - ____ - _____

**Conserve una copia de este documento para su archivo personal.**

Envíe el formulario llenado a:

NYCE PPO Plan
P.O. Box 21534
Eagan, MN 55121

Fax: 888-742-4179

© 2025 United HealthCare Services, Inc. UMF0088SP-NYCE-SP 1025 UA
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin autorización.

EmblemHealth | UnitedHealthcare