Solicitud para acceder a información de salud protegida

Usted tiene derecho a acceder e inspeccionar la información personal que EmblemHealth y UnitedHealthcare mantienen y utilizan para tomar decisiones sobre sus beneficios. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) denomina a esto su información de salud protegida (protected health information, PHI) que se mantiene en un Registro Designado (Designated Record Set, DRS). Este Registro Designado incluye información sobre la inscripción, solicitudes de pago de reclamos, pagos de reclamos, registros de administración médica o de casos, apelaciones, archivos de quejas y otros registros que se utilizan total o parcialmente para tomar decisiones sobre sus beneficios.

Usted puede solicitar información solo sobre su persona, a menos que esté legalmente autorizado para obtener información sobre otra persona.

En un intento de que esta información le resulte más comprensible, podemos proporcionarle un informe que resume su derecho de participación, sus reclamos e información sobre autorizaciones de tratamiento hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. Tenga en cuenta que si solicita este resumen y no se ha procesado ningún reclamo por su tratamiento en los últimos seis años, es posible que solo podamos proporcionarle los registros de su derecho de participación. Si solicita este resumen de su derecho de participación, reclamos y autorizaciones de tratamiento ahora y más adelante decide que desea información complementaria, podrá solicitarla en ese momento. Si necesita información más detallada ahora, puede solicitarla.

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

Indique en el formulario adjunto el tipo de registros que solicita y las fechas para las que desea dicha información. Una vez más, tenga en cuenta que la información más antigua que podemos proporcionarle es de seis años atrás.

Responderemos a las solicitudes de un representante personal autorizado por un miembro para recibir la información de salud protegida (por ejemplo, padre o madre, representante designado por un tribunal, familiar). Sin embargo, podemos requerir documentación adicional del miembro o del representante personal del miembro para verificar su autorización para actuar en nombre del miembro.

Tenga en cuenta que solo le suministraremos información de salud protegida sobre los beneficios administrados por EmblemHealth, UnitedHealthcare o sus compañías afiliadas. Para obtener su información de salud protegida concerniente a otros beneficios no administrados por EmblemHealth, UnitedHealthcare o sus compañías afiliadas, debe comunicarse directamente con la entidad que administra esos beneficios. Si no podemos enviarle una copia de su información de salud protegida en un plazo no mayor de 30 días de la fecha en que recibimos su solicitud, nos comunicaremos con usted para informarle sobre la demora.

(Continúa)

Solicitud para acceder a información de salud protegida

Utilice este formulario para solicitar a EmblemHealth y UnitedHealthcare el acceso a su información de salud protegida (PHI). Llene este formulario en su totalidad (parte de adelante y de atrás) para asegurarse de que se pueda encontrar y divulgar su información de salud protegida. Una vez aprobada la solicitud, se enviará por correo una copia de su información de salud protegida a usted o a su representante personal autorizado.

Solicitud de información de salud protegida para

Nombre _____ 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 _____

Tipo de información solicitada

Elija una de las tres opciones a continuación para indicar qué tipo de información desea recibir:

☐ **(Opción 1)** Deseo un informe que resuma mi derecho de participación, los reclamos y las autorizaciones de tratamiento.

☐ **(Opción 2)** Deseo la siguiente información (si corresponde):

- ☐ Derecho de participación
- ☐ Información sobre el pago y la adjudicación de reclamos
- ☐ Autorizaciones de tratamiento
- ☐ Coordinación del cuidado y el tratamiento de mis beneficios
- ☐ Apelaciones y quejas que presenté

☐ **(Opción 3)** Solicité previamente un informe resumido de mi derecho de participación, los reclamos y las autorizaciones de tratamiento y deseo recibir información más detallada sobre los siguientes reclamos o autorizaciones de tratamiento:

Número(s) de reclamo _____

Número(s) de autorización _____

Información solicitada (relacionada con estos reclamos o autorizaciones específicos):

- ☐ Información detallada sobre el pago y la adjudicación de reclamos
- ☐ Coordinación del cuidado y el tratamiento (especifique): _____
- ☐ Apelaciones y quejas que presenté

Rango de fechas de la información solicitada

Deseo esta información para las siguientes fechas

☐ Desde seis años antes de la fecha de esta solicitud

☐ Desde ___ / ___ / _____ (MM DD AAAA) hasta ___ / ___ / _____ (MM DD AAAA)

Recuerde que no podemos proporcionar información que sea anterior a seis años de la fecha de su solicitud.

(Continúa)

Rango de fechas de la información solicitada *(continuación)*

Se requiere una firma autorizada de la persona, o una firma autorizada del representante personal de la persona, que solicita la información de salud protegida:

Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a mí en la dirección indicada en la Sección 1 de este formulario. Entiendo que esta solicitud no se aplica a cierta información de salud, que incluye: (1) información que no reciba o mantenga EmblemHealth y UnitedHealthcare; (2) notas de psicoterapia; (3) información compilada con anticipación razonable de, o para uso en, litigios; y (4) otra información no disponible para el acceso conforme a la ley HIPAA.

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, que incluye padre o madre, tutor legal o albacea testamentario, suministre una copia de la documentación legal.

Información del suscriptor

ID de miembro de NYCE PPO _____ Número de grupo _____

Nombre del suscriptor_____ Dirección _____

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

Guarde una copia de este autorización.

Solo para fines de EmblemHealth y UnitedHealthcare.

Enviado por _____ Fecha ____-____-_____ (MM DD AAAA) Sitio _____

Envíe el formulario llenado a:

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

Fax: 888-742-4179

© 2025 United HealthCare Services, Inc. UMF0089-NYCE-SP 1025 UA
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin autorización.

EmblemHealth | UnitedHealthcare