



Formulario de Solicitud de Privacidad

Fecha de solicitud: _____

Si desea solicitar información sobre un miembro del Plan Mercy Care, marque una o más de las siguientes opciones:

- Recibir una copia de prácticas de privacidad.
- Recibir registros de reclamos.
- Realizar modificaciones en los registros del miembro.
- Recibir una lista de las organizaciones a las cuales el Plan Mercy Care revela los registros del miembro.
- Limitar la manera en que el Plan Mercy Care utiliza y revela los registros del miembro.

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nº de identificación (ID): _____

Teléfono: (____) _____

¿Usted es el miembro? Sí. No. Si respondió “No”, indíquelo al Plan Mercy Care quién es usted marcando una de las opciones que figuran a continuación. Por favor, presente ante el Plan Mercy Care copias de la documentación que acredite que usted tiene derecho a realizar esta solicitud.

- Soy el padre/la madre o el tutor/la tutora del miembro.
- Tomo decisiones sobre la atención de salud del miembro.
- El miembro falleció y estoy a cargo de su patrimonio.
- Otro (explique): _____

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

Por favor, explique su solicitud

Díganos qué desea recibir y por qué. Debe indicar fechas de servicio, nombres de proveedores, etc. Es posible que, para obtener las copias de los registros del miembro o una lista de personas y compañías a las que les revelamos los registros del miembro, el Plan Mercy Care le cobre algún monto. Debe informarle al Plan Mercy Care si no puede pagar ninguna tarifa.

¿Dónde desea recibir los registros?

Dirección: _____
Calle Ciudad, Estado Código Postal

Yo (el miembro o el representante del miembro) acuerdo lo siguiente:

- Puedo autorizar al Plan Mercy Care a utilizar o revelar los registros del miembro. Al dar mi autorización, el Plan Mercy Care podrá revelar los registros del miembro a una persona o compañía.
- Sé que los registros del miembro no siempre pueden estar protegidos bajo las leyes de privacidad. También sé que toda persona o compañía que recibe los registros del miembro puede, a su vez, revelarlos.
- Puedo anular esta autorización enviándole al Plan Mercy Care una solicitud por escrito.
- Es posible que, en algunos casos, no se me permita dejar sin efecto una autorización. Puedo obtener más información sobre este tema en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan Mercy Care.
- Esta autorización quedará sin efecto en doce (12) meses a partir de la fecha de la firma.
- Si quisiera que esta autorización quede sin efecto antes de la fecha mencionada, le informaré al Plan la fecha y las razones pertinentes. Use el espacio que aparece a continuación para explicar:

- He leído y comprendo 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

Por favor, envíe este Formulario de Solicitud de Privacidad a la siguiente dirección:

**Mercy Care Plan/Mercy Care Advantage
Privacy Officer or Coordinator
4350 E. Cotton Center Blvd., Bldg. D
Phoenix, AZ 85040**

Si desea realizar preguntas o comentarios, comuníquese con el Plan Mercy Care/Mercy Care Advantage al 800-624-3879.

Revisado: 10/09