

MEMBER ACCESS TO RECORDS FORM / FORMULARIO DE ACCESO A LOS REGISTROS POR PARTE DEL MIEMBRO

Complete este formulario para solicitar una copia de su información de salud (reclamaciones, inscripción/elegibilidad, autorización previa) a Providence Health Assurance (PHA). Esta solicitud solo se aplica a los registros del plan de salud que posee PHA; comuníquese con el consultorio de su proveedor para obtener sus registros médicos que no pertenecen al plan de salud. Utilice su tarjeta de identificación de miembro para completar la información de la Parte A.

PART A: MEMBER INFORMATION (Provide your name and personal information) / PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO(Proporcione su nombre e información personal)		
Member Last Name / Apellido del miembro	Member First Name / Primer nombre del miembro	Middle Initial / Inicial del 2.º nombre
Member Date of Birth / Fecha de nacimiento del miembro	Member Identification Number (see your ID card) / Número de identificación del miembro (consulte su tarjeta de identificación)	Group Number (see your ID card) / Número de grupo (consulte su tarjeta de identificación)
Member Home/Street Address / Dirección/calle de residencia del miembro	City, State, and Zip Code / Ciudad, estado y código postal	Preferred Phone Number / Número de teléfono preferido

PART B: SELECT WHERE TO SEND YOUR INFORMATION / PARTE B: SELECCIONE A DÓNDE DESEA ENVIAR SU INFORMACIÓN
<input type="checkbox"/> Paper copy to the above mailing address in Part A / Copia impresa a la dirección postal indicada en la Parte A. <input type="checkbox"/> Paper copy to the third-party listed below / Copia impresa al tercero que se indica a continuación:

Name / Nombre: _____

Address / Dirección: _____

City, State, Zip /
Ciudad, estado, código
postal: _____

Phone Number /
Número de teléfono: _____

- Electronic copy emailed to /
Copia electrónica enviada
por correo electrónico a
esta dirección:

_____ (Email address) / (Dirección de correo electrónico)

Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified. Initial if you wish email to be sent unencrypted / La información se enviará por correo electrónico seguro (cifrado) a menos que se especifique lo contrario. Escriba sus iniciales si desea que el correo electrónico se envíe sin cifrar: _____.

Note, some level of risk is associated with sending your health information via unencrypted email or by mail, as your records could be accessed by an unauthorized third party. / Tenga en cuenta que enviar su información de salud por correo electrónico sin cifrar o por correo postal conlleva cierto riesgo, ya que terceros no autorizados podrían acceder a sus registros.

PART C: SELECT WHICH RECORDS YOU ARE REQUESTING / PARTE C: SELECCIONE LOS REGISTROS QUE DESEA SOLICITAR

- Enrollment and Eligibility Information / Información de inscripción y elegibilidad**

Date(s) of enrollment /
Fecha(s) de inscripción: _____

Details of request /
Detalles de la solicitud: _____

- Claims information, including Pharmacy / Información de reclamaciones, incluidas las de farmacia**

(Summary of claims paid or denied. Does not include information on claims received but not yet processed. If you would like the status of those claims, contact Customer Service.) / (Resumen de reclamaciones pagadas o rechazadas. No incluye información sobre reclamaciones recibidas pero aún no procesadas. Si quiere conocer el estado de esas reclamaciones, póngase en contacto con el Servicio al Cliente).

Date(s) of service /
Fecha(s) del servicio: _____

Provider(s) /
Proveedor(es): _____

Details of request /
Detalles de la solicitud: _____

Mental Health Claims / Reclamaciones de salud mental

**** Must initial "Mental Health" in PART D ↓ or information will NOT be included *** /
*** Debe escribir sus iniciales en la sección "Salud mental" de la PARTE D ↓ o esta información NO se incluirá ****

Date(s) of enrollment /
Fecha(s) de inscripción: _____

Provider(s) /
Proveedor(es): _____

Details of request /
Detalles de la solicitud: _____

**Case Management/Medical Management/Utilization Management (Prior Authorizations) /
Gestión de casos/Gestión médica/Gestión de la utilización (autorizaciones previas)**

Date(s) of service /
Fecha(s) del servicio: _____

Provider(s) /
Proveedor(es): _____

Details of request /
Detalles de la solicitud: _____

Customer Service Inquiry (CSI) / Consulta al Servicio al Cliente (Customer Service Inquiry, CSI)

Date(s) of service /
Fecha(s) del servicio: _____

Details of request /
Detalles de la solicitud: _____

Other Information (Specify) / Otra información (especificar)

Date(s) of service /
Fecha(s) del servicio: _____

Provider(s) /
Proveedor(es): _____

Details of request /
Detalles de la solicitud: _____

PART D: SENSITIVE INFORMATION THAT CAN BE DISCLOSED BY PHA (Write your initials (not X or ✓) on the line next to each type of sensitive information you wish to include) / PARTE D: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE PUEDE SER DIVULGADA POR PHA (Escriba sus iniciales [no X ni ✓] en la línea junto a cada tipo de información confidencial que desee incluir)

If our records contain any of the types of information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply. / Si en nuestros registros se incluye alguno de los tipos de información que se enumeran a continuación, es posible que se apliquen otras leyes relacionadas con el uso y la divulgación de la información.

**I understand that certain types of sensitive information, including some that are related to alcohol/substance use, are protected under Federal and State privacy laws and regulations and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the laws and regulations. I understand and agree that the below information will only be disclosed if I write my initials on the line next to the specified sensitive information. /*

**Entiendo que ciertos tipos de información confidencial, incluida alguna relacionada con el consumo de alcohol/sustancias, se encuentran protegidos por leyes y regulaciones de confidencialidad federales y estatales, y no pueden revelarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las leyes y regulaciones lo indiquen de otra forma. Entiendo y acepto que la información que figura a continuación solo se divulgará si escribo mis iniciales en la línea situada junto a la información confidencial especificada.*

<p>HIV (testing and treatment) / VIH (pruebas y tratamiento)</p> <p>_____</p> <p>(Initial) / (Iniciales)</p>	<p>Mental Health Data and Records / Datos y registros de salud mental</p> <p>_____</p> <p>(Initial) / (Iniciales)</p>
<p>*Alcohol/Drug/Substance Use (diagnosis, treatment, referral information) / *Consumo de alcohol/drogas/sustancias (diagnóstico, tratamiento, información de remisión)</p> <p>_____</p> <p>(Initial) / (Iniciales)</p>	<p>Maternity/Pregnancy (reproductive health) / Maternidad/embarazo (salud reproductiva)</p> <p>_____</p> <p>(Initial) / (Iniciales)</p>
<p>Genetic Information (services or tests) / Información genética (servicios o pruebas)</p> <p>_____</p> <p>(Initial) / (Iniciales)</p>	<p>Sexually Transmitted Illness/ Disease (testing and treatment) / Enfermedades/afecciones de transmisión sexual (pruebas y tratamiento)</p> <p>_____</p> <p>(Initial) / (Iniciales)</p>

Please note: To parents/legal guardians of minors, some state laws may prohibit PHA from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member. / **Tenga en cuenta:** para los padres/tutores legales de menores, algunas leyes estatales pueden prohibir a PHA actuar en respuesta a su solicitud sobre información confidencial sin la autorización por escrito del miembro menor de edad.

*Minor Member's Signature / Firma del
miembro menor de edad*

Date / Fecha

**PART E: MEMBER SIGNATURE AND DATE (Sign your name and write the date below) /
PARTE E: FIRMA DEL MIEMBRO Y FECHA (Firme con su nombre y escriba la fecha a
continuación)**

Member's Signature / Firma del miembro

Date / Fecha

*Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature /
Firma del representante designado/tutor legal del miembro*

Date / Fecha

Relationship to Member / Relación con el miembro: *Parent of a Minor / Padre/madre del menor* **Legal Guardian / *Tutor legal* **Power of Attorney / *Poder de representación*

**If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney. / *Si este formulario está firmado por una persona distinta del miembro, adjunte la documentación legal que autoriza la tutela o el poder de representación.*

PARTE F: ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A PHA

Correo postal:	Fax:	Correo electrónico:
Providence Health Assurance Attn: CBI PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	DRSRequest@providence.org

Si tiene alguna pregunta, llame a Providence Medicare Advantage Plans al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, cerraremos los sábados y domingos.



Información sobre la solicitud para acceder a su información de salud protegida (PHI)

¿Qué implica mi derecho a acceder a la información de salud?

Usted o su representante personal tienen derecho a recibir una copia de su información de salud, también conocida como información de salud protegida, que Providence Health Assurance conserva y mantiene en un conjunto de registros designados (Designated record set, DRS) de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). El conjunto de registros designado es un grupo de registros que Providence Health Assurance mantiene y utiliza, o que se utiliza en su nombre, para tomar decisiones sobre usted como miembro. Este DRS incluye registros referentes a la inscripción, las reclamaciones, la administración del caso, la gestión médica o la gestión de utilización.

¿Qué debo entender para usar este derecho?

- Puede solicitar copias de su información de salud que PHA conserva y mantiene.
- PHA seguirá los plazos exigidos por la HIPAA o la legislación estatal aplicable, que pueden exigir un tiempo de respuesta más rápido. Si no podemos responder dentro del plazo establecido, le enviaremos una explicación por escrito del motivo del retraso. Esta solicitud solo se aplica a los registros que posee PHA. Si necesita los registros médicos de su proveedor, deberá ponerse en contacto directamente con su consultorio y realizar una solicitud por separado.
- Es posible que no pueda acceder a todos los registros, por ejemplo, a determinados registros utilizados en procedimientos legales o administrativos.
- Las llamadas al servicio al cliente se graban con fines de capacitación y control de calidad. PHA no está obligada a transcribir ni compartir las grabaciones de las llamadas.
- Apelaciones y quejas formales: Puede solicitar una copia de los documentos que PHA creó para responder a una apelación o queja formal. Llame al Servicio al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de PHA.

¿Cuánto me costará esto?

- No se aplicará ningún cargo por entregarle sus registros.