



Solicitud para Inspeccionar o Recibir una Copia de Información de Salud Protegida

Complete y envíe este formulario a:

Oficial de Privacidad
UNITE HERE HEALTH
PO Box 5348
Oak Brook, IL 60522

Nombre del Participante _____

No. de SS del Participante _____

Nombre del Paciente _____ No. de SS del Paciente _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____ Relación con el Paciente _____
(mes-día-año)

Estoy solicitando (como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de UNITE HERE HEALTH) inspeccionar y/u obtener una copia de mi Información de Salud Protegida guardada por, o para, UNITE HERE HEALTH.

Reportes Disponibles Sin Costo

UNITE HERE HEALTH le proporcionará sin costo un informe de su historial de pago de reclamos. Este informe de pago individual (Informe RIP, por sus siglas en inglés) le permite ver un resumen de cómo se pagaron sus reclamos. Verá la misma información que aparecía en la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que recibió cuando se procesaron los beneficios para el(los) reclamo(s).

Coloque una marca de verificación (✓) en la casilla junto al elemento que mejor identifique su solicitud:

☐ Por favor proporcione un resumen de mi historial de pago de reclamos para las siguientes fechas de tratamiento:
_____ a _____, mostrando todos los proveedores de cuidado médico.

☐ Por favor proporcione mi historial detallado de pagos de reclamos de las siguientes fechas de tratamiento:
_____ a _____, mostrando todos los proveedores de cuidado médico.

☐ Otros documentos de inscripción:

Documento solicitado: _____

Motivo de la Solicitud: _____

Inspecciones o Solicitudes por las que se le Puede Cobrar

Si usted desea acudir a la Oficina de UNITE HERE HEALTH para inspeccionar su información de salud protegida, debe llamar al Oficial de Privacidad de UNITE HERE HEALTH al **844-427-8501** para analizar el tipo de información de salud protegida que usted desea inspeccionar y coordinar un tiempo para hacerlo.

Si usted desea revisar más información de salud protegida proporcionada en uno de los informes descritos arriba, debe llamar al Oficial de Privacidad de UNITE HERE HEALTH al **844-427-8501** para analizar el tipo de información de salud protegida que usted desea revisar y el formato en que desea recibirlo.

Dirección para Enviar los Archivos:

Primer Nombre _____ Apellido _____

Calle _____ No. de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Acepto pagar por adelantado cualquier tarifa por copiar o resumir mi información de salud. Las tarifas serán razonables y solo incluirán el costo de las copias, estampilla (si solicito que se envíe por correo una copia o un resumen), y la preparación de un resumen (si acepto un resumen).

Firma del Paciente (padre o guardián si el paciente es menor de edad) o Representante Personal _____ Fecha de Nacimiento (mes-día-año) _____
()

Nombre en Letra de Molde _____ Número de Teléfono Donde Podemos Comunicarnos con Usted _____

Relación con el Paciente _____

Para Uso Exclusivo de UNITE HERE HEALTH

☐ Accepted	☐ Denied	Date Received: _____
Privacy Officer Signature: _____		Date: _____
Dept. Manager Signature: _____		Date: _____
Date Response Mailed Back: _____		