



Envíe el formulario completo y firmado a:
 Florida Blue
 P.O. Box 1798
 Jacksonville, FL 32231

SOLICITUD DE ACCESO A REGISTROS DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Usted, como miembro, o en calidad de representante personal de un miembro de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., Health Options, Inc., o Florida Blue Medicare, Inc. (“Florida Blue”) o Truli for Health, tiene derecho a obtener una copia de su información de salud protegida en ciertos registros (“**Registros PHI**”) mantenidos por o para Florida Blue o Truli for Health, de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos, y la ley aplicable, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos. Para ejercer su derecho a obtener una copia de sus Registros PHI, complete cada sección de este formulario. Bajo algunas circunstancias, tenemos el derecho, bajo la ley aplicable, de denegar o limitar su solicitud de acceso a los Registros PHI.

Información del Miembro (requerida)

Número de contrato del miembro	Fecha de nacimiento	
Nombre del miembro	Inicial de segundo nombre	
Apellido del miembro		
Dirección del miembro		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		

Registros PHI Solicitados: Especifique el rango de la fecha de los registros solicitados.

Del (mes/año):	Al (mes/año):
----------------	---------------

Tenga en cuenta que puede recibir hasta dos años de información de reclamaciones de seguro médico si ingresa a su cuenta de miembro por Internet de Florida Blue or Truli for Health.

El Seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. Florida Blue HMO, Truli for Health y Florida Blue Medicare, Inc., las cuales son afiliadas de Florida Blue, ofrecen la cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Forma de Acceso Solicitada: (por ejemplo, copia impresa, copia electrónica): Le proporcionaremos acceso a los registros PHI en la forma o formato que ha solicitado, si podemos producirlo de dicha forma o formato, o si no, en una copia legible impresa o en formato electrónico como se ha acordado entre usted y Florida Blue y Truli for Health.

Tipo de Acceso Solicitado: Sus registros PHI se enviarán a su dirección postal o a su correo electrónico. Marque la casilla que corresponda a continuación.

Opción 1

<input type="checkbox"/>		
Dirección del miembro		
Ciudad	Estado	Código postal

Opción 2

<input type="checkbox"/>
Dirección de correo electrónico del miembro

Si selecciona la opción de correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos de seguridad asociados con la transmisión de correos electrónicos, que pueden poner los Registros PHI bajo riesgo de ser leídos o accedidos por alguien más aparte del destinatario previsto.

Firme	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="MM/DD/AAAA"/>
Aquí			

Marque aquí y complete la sección de Información del Representante Personal a continuación si está firmando este formulario como representante personal del miembro de Florida Blue o de Truli for Health.

Información del Representante Personal: Si el miembro no puede firmar este formulario, un representante personal puede firmar, completar y enviar este formulario en nombre del miembro. Un representante personal es alguien que tiene el derecho legal de firmar este formulario en nombre del miembro. **Adjunte pruebas de que usted es el representante personal del miembro (por ejemplo, Poder Notarial [Power of Attorney]). No podemos aceptar este formulario sin esa documentación.**

El Seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. Florida Blue HMO, Truli for Health y Florida Blue Medicare, Inc., las cuales son afiliadas de Florida Blue, ofrecen la cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Nombre		Apellido	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono			

Si tiene preguntas acerca de este formulario, llame a Servicio al Cliente al número sin cargo que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de miembro.

Esta es una traducción de su original en inglés. La versión en inglés prevalecerá.

El Seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. Florida Blue HMO, Truli for Health y Florida Blue Medicare, Inc., las cuales son afiliadas de Florida Blue, ofrecen la cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.