

SOLICITUD DE INFORME DE DIVULGACIONES

Propósito: Este formulario es para solicitar un informe de divulgaciones de información personal de salud, financiera y de seguros.

SECCIÓN A: Información sobre el solicitante

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Número de Contrato: _____ Número de Seguro Social: _____

AVISO AL SOLICITANTE: Por favor, lea el siguiente aviso y provea la información que se solicita

Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud que TRIPLE-S SALUD haya realizado como parte de sus funciones. El período máximo a reportar son los 6 años previos a la fecha de su solicitud, o a partir del 14 de abril de 2003, lo que sea menor. La ley no requiere que se incluyan las divulgaciones relacionadas con las siguientes actividades: (a) tratamiento, pago, u operaciones de cuidados de salud, (b) divulgaciones dirigidas a usted, su representante personal o según su autorización, (c) como parte de un conjunto limitado de datos para propósitos de investigación o actividades de salud pública, (d) seguridad nacional o a agencias de inteligencia o a instituciones correccionales referentes a personas bajo custodia, o (e) incidentales a una divulgación permitida.

SECCIÓN B: Informe de Divulgaciones que se solicita

Especifique el período de tiempo: De: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Usted tiene derecho a recibir un informe libre de costo cada doce (12) meses. Cada informe adicional que solicite durante el mismo período de 12 meses tendrá un cargo de \$0.75 por página.

FIRMA DEL SOLICITANTE – Usted tiene derecho a una copia de esta solicitud luego de firmarla

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta solicitud se presenta por un representante personal, indique la siguiente información:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación con el Asegurado: _____