

**Formulario de Acceso a la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés)**  
 (Para propósitos que *no* están relacionados a Tratamiento, Pago u Operaciones del Cuidado de la Salud).

Usted tiene derecho de inspeccionar y recibir una copia electrónica o impresa de su Información Protegida de Salud, dentro de los límites y excepciones que provee la ley. First Medical puede denegar su solicitud de examinar y obtener copia bajo ciertas circunstancias limitadas. First Medical, puede cobrarle un cargo razonable para cubrir gastos relacionados a su solicitud.

<b>I. Información del Suscriptor/Dependiente:</b>			
Nombre:	Inicial:	Apellidos:	Fecha de Nacimiento:
Dirección postal:			Número de Contrato:
Teléfono Residencial:	Teléfono Celular:	Teléfono del Trabajo:	
Otro Número de Teléfono:		Mejor hora para llamar:	
Dirección de Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Autorizo a FMHP a enviar información a mi correo electrónico de forma segura (Cifrada)			
Mi información protegida de salud (PHI) será usada o divulgada para los siguientes propósitos: (Por favor, elija una opción)			
<input type="checkbox"/> Solicitud del Suscriptor/Dependiente	<input type="checkbox"/> Procedimiento Judicial	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique)	
<b>II. Indique cómo desea recibir la información solicitada:</b>			
<input type="checkbox"/> Correo Postal	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> A la mano
<b>III. Información de la persona u organización a recibir Información Protegida de Salud</b>			
Nombre:		Posición/Relación:	
Dirección postal:			
Teléfono:	Fax:	Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Autorizo a FMHP a enviar información al correo electrónico de forma segura (Cifrada)	
<b>IV. Autorizo el uso y divulgación de la siguiente Información Protegida de Salud:          (selecciona todas las que apliquen)</b>			
<input type="checkbox"/> Historial de Pago	<input type="checkbox"/> Historial de Utilización	<input type="checkbox"/> Historial de Farmacia	<input type="checkbox"/> Información del Proveedor:
<input type="checkbox"/> Historial de Hospitalización	<input type="checkbox"/> Historial Sala de Emergencias	<input type="checkbox"/> Historial de Laboratorios	<input type="checkbox"/> Otros:
<b>V. Periodo solicitado: Desde-</b>		<b>Hasta-</b>	

Al firmar este documento, estoy autorizando a First Medical Health Plan, Inc., a usar y divulgar mi Información Protegida de Salud (PHI) para propósitos *no relacionados* con el Tratamiento, Pago u Operaciones del Cuidado de la Salud. Las personas o entidades que autorizo a recibir mi información protegida de salud podrían no estar sujetas a las regulaciones de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) o cualquier otra ley federal o local de privacidad de

información de salud. La información a ser utilizada o divulgada, de acuerdo a esta autorización, puede incluir datos relacionados con: (1) SIDA o VIH, (2) Tratamiento para el Abuso de Drogas o Abuso de Alcohol o (3) Salud Mental o de Comportamiento o Tratamiento Siquiátrico.

Esta solicitud puede ser revocada en cualquier momento, notificando por escrito a:

**First Medical Health Plan, Inc.**  
**Unidad de Privacidad**  
**PO BOX 191580**  
**San Juan, PR 00919-1580**

La revocación no tendrá efecto alguno sobre cualquier información que ya hubiera sido usada o divulgada por First Medical antes de recibir la notificación escrita. Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada por el recipiente a terceros y por lo tanto no estará protegida bajo las leyes federales o leyes estatales de Puerto Rico.

Formularios incompletos no serán procesados. Todos los campos son requeridos, a menos que se especifique lo contrario. Favor de completar y firmar.

Firma del Beneficiario/Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted es un Representante Legal del Beneficiario/Suscriptor deberá:

1. Indicar su nombre completo: \_\_\_\_\_
2. Describir su autoridad para actuar por el Beneficiario/Suscriptor (por ejemplo: poder, orden judicial, etc.) \_\_\_\_\_
3. Proveer una copia del documento legal que lo nombra Representante Legal. Un documento de representación del Seguro Social no es admisible para propósito de este formulario (favor de solicitar asistencia a un Representante de Servicio al Cliente).

Si tiene preguntas sobre este formulario, puede comunicarse con First Medical al 787-474-3999, ext.2108.