



Formulario de Solicitud de Privacidad

Fecha de solicitud: _____

Si desea solicitar información sobre un miembro de Delaware Physicians Care (DPCI), marque una o más de las siguientes opciones:

- Recibir una copia de prácticas de privacidad.
- Recibir registros de reclamos.
- Realizar modificaciones en los registros del miembro.
- Recibir una lista de las organizaciones a las cuales DPCI revela los registros del miembro.
- Limitar la manera en que DPCI utiliza y revela los registros del miembro.

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nº de identificación (ID): _____ Teléfono: (_____) _____

¿Usted es el miembro? Sí. No. **Si respondió "No", indíquelo a DPCI quién es usted marcando una de las opciones que figuran a continuación. Por favor, presente ante DPCI copias de la documentación que acredite que usted tiene derecho a realizar esta solicitud.**

- Soy el padre/la madre o el tutor/la tutora del miembro.
- Tomo decisiones sobre la atención de salud del miembro.
- El miembro falleció y estoy a cargo de su patrimonio.
- Otro (explique) _____

Nombre del solicitante (si no es miembro): _____

Por favor, explique su solicitud

Díganos qué desea recibir y por qué. Debe indicar fechas de servicio, nombres de proveedores, etc. Es posible que, para obtener las copias de los registros del miembro o una lista de personas y compañías a las que les revelamos los registros del miembro, DPCI le cobre algún monto. Debe informarle a DPCI si no puede pagar ninguna tarifa.

¿Dónde desea recibir los registros?

Domicilio: _____
Calle Ciudad, Estado Código Postal

Yo (el miembro o el representante del miembro) acuerdo lo siguiente:

- Puedo autorizar a DPCI a utilizar o revelar los registros del miembro. Al dar mi autorización, DPCI podrá revelar los registros del miembro a una persona o compañía.
- Sé que los registros del miembro no siempre pueden estar protegidos bajo las leyes de privacidad. También sé que toda persona o compañía que recibe los registros del miembro puede, a su vez, revelarlos.
- Puedo anular esta autorización enviándole a DPCI una solicitud por escrito.
- Es posible que, en algunos casos, no se me permita dejar sin efecto una autorización. Puedo encontrar más información al respecto en el Aviso de Prácticas de Privacidad de DPCI.
- Esta autorización quedará sin efecto en doce (12) meses a partir de la fecha de la firma.
- Si quisiera que esta autorización quede sin efecto antes de la fecha mencionada, le informaré al DPCI la fecha y las razones pertinentes. Explique en el espacio a continuación:

- He leído y comprendo este formulario.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Si es miembro - Firma del miembro

Fecha

Si es miembro - Nombre del miembro con letra de imprenta

Por favor, envíe este Formulario de Solicitud de Privacidad a la siguiente dirección:

**Delaware Physicians Care (DPCI)
Oficial de Privacidad
252 Chapman Road Suite 250
Newark, De 19702**

Si desea realizar preguntas o comentarios, comuníquese gratis con Delaware Physicians Care al 1-866-543-2167.

Revisado: 10/09