



# Solicitud de acceso a la información médica protegida (PHI)

**Información Médica Protegida (PHI) se refiere a información sobre su salud. Este formulario debe estar completo y firmado para procesar esta solicitud.**

## 1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de identificación de miembro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono
Calle		
Ciudad, estado y código postal		

## 2. Descripción del informe de PHI

Una vez que recibamos este formulario de solicitud firmado, le proporcionaremos un informe de PHI. El informe incluirá los últimos 24 meses de información PHI que tengamos. Si desea recibir PHI que corresponda a otras fechas, complete las fechas a continuación.

De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Si tiene beneficios de atención a largo plazo (LTC) y desea recibir esa información, marque la casilla correspondiente a continuación.

- Quiero que el informe incluya información sobre LTC       Quiero que el informe solo contenga información sobre LTC

## 3. ¿A qué dirección desea que le enviemos este informe de PHI?

¿Quién recibirá este informe de PHI? <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Representante legal del miembro <input type="checkbox"/> Padre biológico o adoptivo del miembro
Nombre del destinatario en letra de imprenta
Dirección del destinatario
Ciudad, estado y código postal

**Información importante:**

- Al firmar este formulario, autorizo a Mercy Care a proporcionar PHI sobre el miembro indicado en la **Sección 1** al destinatario indicado en la **Sección 3**.
- Esta aprobación es solo para esta solicitud.
- Este informe puede incluir información sobre enfermedades crónicas, afecciones de salud conductual, alcoholismo y abuso de sustancias, enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA o marcadores genéticos.
- Este informe no incluye notas sobre psicoterapia.
- El destinatario podrá volver a divulgar la información incluida en este informe y posiblemente esta ya no estará protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

**4. Firma del miembro o del representante autorizado**

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación que los vincula: (padre, tutor legal, apoderado, representante personal)	

**Representante autorizado** significa que usted cuenta con evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

Un representante firma en nombre de una persona que, legalmente, no puede firmar por sí misma. Si el miembro es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar en nombre del menor. Si usted es un representante, cuando firma este formulario, debe enviar la evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Nosotros podemos ayudarlo. Llame a Mercy Care al 800-624-3879.

**Firme y envíe este formulario completo a la dirección que figura debajo:**

**Mercy Care  
4500 E. Cotton Center Blvd.  
Phoenix, AZ 85040**

Espere nuestra respuesta en el plazo de 30 días.

## Aviso de no discriminación

Mercy Care cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Mercy Care no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### Mercy Care:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

Si considera que Mercy Care no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de Derechos Civiles a la siguiente dirección:

Dirección:                   Attn: Civil Rights Coordinator  
4500 East Cotton Center Boulevard  
Phoenix, AZ 85040

Teléfono:                   **1-888-234-7358 (TTY 711)**  
Correo electrónico: [MedicaidCRCoordinator@mercycares.org](mailto:MedicaidCRCoordinator@mercycares.org)

Puede presentar una queja en persona o por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar un reclamo de derecho civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; o bien, puede hacerlo por correo electrónico o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

86.03.322.1-AZ

