



## SOLICITUD INDIVIDUAL DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés)

Este formulario debe ser utilizado por un miembro, padre / madre / tutor o representante personal para:

- Inspeccionar información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés).
- Obtener una copia de PHI.

Este formulario se aplica a registros de PHI creados o conservados por Gold Coast Health Plan (GCHP), pertenecientes al conjunto de registros designados (*designated record set*).

### PARTE A: INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Número de id del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE (Si es aplicable)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Empresa (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL MIEMBRO CUYA PHI ESTÁ SOLICITANDO?

- Soy el miembro.
- Soy el padre / madre o tutor legal del miembro menor de edad.
- Soy el representante personal de un miembro adulto (debe proporcionarse documentación legal, si no está en los archivos).
- Otro (normalmente se requiere una autorización escrita para la divulgación de información de salud del miembro).

### PARTE C: PETICIÓN DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**POR FAVOR, INDIQUE LA PHI A LA QUE LE GUSTARÍA ACCEDER.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro(s) de Reclamos Médicos         | <input type="checkbox"/> Petición(es) de Autorización Médica |
| <input type="checkbox"/> Registro(s) de Manejo de Atención       | <input type="checkbox"/> Registro(s) de Reclamos de Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Autorización(es) Previa(s) de Farmacia  | <input type="checkbox"/> Notificación(es) de Acción          |
| <input type="checkbox"/> Declaración(es) de Audiencias Estatales | <input type="checkbox"/> Información sobre Elegibilidad      |
| <input type="checkbox"/> Otros (por favor, especifique): _____   |  |

**POR FAVOR, ESPECIFIQUE LAS FECHAS DE SERVICIO A LAS QUE DESEA ACCEDER.**

Desde fecha (mes / día / año): \_\_\_\_\_ Hasta fecha (mes / día / año): \_\_\_\_\_



**¿CÓMO LE GUSTARÍA RECIBIR LA PHI SOLICITADA?**

Papel  Archivo Electrónico (proporcionado a través de correo electrónico)

**¿CÓMO LE GUSTARÍA OBTENER LA INFORMACIÓN PHI?**

Recoger en Gold Coast Health Plan, 711 E. Daily Drive, Suite 106, Camarillo, CA 93010

Correo: \_\_\_\_\_  
Calle / Unidad Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico (para solicitudes de archivos electrónicos): \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**PARTE D: MENORES (Si es aplicable)**

Las leyes federales y estatales exigen que los menores con edad superior a 12 años den su consentimiento para la divulgación de los siguientes tipos de registros:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles
- Enfermedades de transmisión sexual
- Servicios de salud mental a pacientes externos
- Tratamiento o consejería para drogas / alcohol

Los menores, cualquiera que sea su edad, pueden dar su consentimiento a:

- Atención de salud reproductiva.
- Cuidados del embarazo.
- Servicios en caso de agresión sexual / violación.
- Servicios médicos de emergencia.

En algunos casos, los menores emancipados y los menores que tengan 15 años de edad y mayores pueden dar su consentimiento a atención médica general si viven separados de su padre / madre / tutor.

Firma del menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE E: FIRMA DEL SOLICITANTE (Solo si el solicitante no es el miembro)**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE F: FIRMA DEL MIEMBRO**

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### ¿Cuándo recibiré la información solicitada?

- GCHP procesará esta solicitud dentro de los **30 días calendario** posteriores a la fecha en que se reciba el formulario.
- Si la PHI solicitada no se conserva ni es accesible por parte de GCHP en el mismo lugar, GCHP procesará esta solicitud en el plazo de **60 días calendario**.
- GCHP le informará acerca de la aceptación de la solicitud y le proporcionará la PHI solicitada.

### ¿Cómo recibiré la información solicitada?

- GCHP proporcionará la PHI en el formato solicitado.
- Si GCHP no puede proporcionar con prontitud la PHI en el formato solicitado, la PHI se proporcionará en formato impreso. Es posible que se utilicen otros formatos, según se acuerde.
- Es posible que GCHP cobre una cuota para cubrir el costo de copia de registros.

### ¿Puede denegarse mi solicitud?

- Su solicitud puede ser denegada si la información compilada es para su uso en un procedimiento legal, o puede preverse razonablemente que sea así.
- Si se deniega su solicitud, GCHP proporcionará una denegación por escrito con una explicación. GCHP le comunicará si usted tiene derecho a hacer que se revise la denegación.

### Envíe el formulario completado a:

Gold Coast Health Plan  
Attn: Compliance Department  
711 E. Daily Drive, Suite 106  
Camarillo, CA 93010

Fax: 1-805-437-5132