

En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), usted tiene derecho a ver la información médica contenida en su conjunto de registros designados y a obtener una copia de esta. HIPAA define “conjunto de registros designados” como un grupo de registros sobre un miembro, que Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) tiene en sus archivos.

Los registros de los miembros de SCFHP pueden incluir:

- Información de inscripción.
- Información de elegibilidad.
- Pagos de reclamos.
- Expedientes médicos relacionados con una autorización de tratamiento, remisiones a médicos especialistas o centros médicos.
- Cualquier otra información que ayude a SCFHP a determinar la atención médica del miembro y la calidad de la atención.

Los expedientes médicos completos se guardan en el consultorio del médico. Comuníquese con el consultorio de su médico si quiere acceder a sus expedientes médicos.

El derecho a obtener sus registros no se puede aplicar a lo siguiente:

- Notas de psicoterapia (atención de salud mental).
- Información que se necesite para una acción o un proceso civil, penal o administrativo.
- Información médica protegida que esté:
 - a) sujeta a las Enmiendas de Mejoras de Laboratorios Clínicos (Clinical Laboratory Improvements Amendments, CLIA) de 1988, artículo 263a del título 42 del Código de Estados Unidos (42 USC 263a), en la medida en que no se le prohíba el acceso por ley;
 - b) exenta de las Enmiendas de Mejoras de Laboratorios Clínicos de 1988, conforme al artículo 493.3(a)(2) del título 42 del Código de Regulaciones Federales [42 CFR 493.3(a)(2)].

Puede solicitar su conjunto de registros designados a SCFHP completando este formulario. SCFHP le responderá con la aprobación o denegación de su solicitud dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.

Si decidimos no permitirle ver ni fotocopiar un parte o la totalidad de su conjunto de registros designados, se lo informaremos por escrito. La denegación escrita le indicará:

- Los motivos por los que denegamos su solicitud.
- Más información si tiene derecho a que se revise la denegación.

Si aceptamos su solicitud de ver o fotocopiar su conjunto de registros designados:

- Le informaremos que aceptamos su solicitud.
- Le diremos cómo obtendrá la información.

Indique los registros que solicita de SCFHP. SCFHP podría denegar su solicitud si los registros que pide no se originaron en SCFHP o si se mencionan arriba como no accesibles.

¿Cómo quiere obtener la información?

☐ Usted recogerá la copia impresa (fotocopia) en
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave.
San Jose, CA 95119

¿Cuándo puede ir a SCFHP para obtener la información?

Fecha y hora

☐ Enviar una copia por fax a _____
☐ Enviar una copia por correo electrónico a _____
☐ Enviar una copia por correo postal a _____

Si SCFHP no puede darle la información de la manera en que la solicitó, nos comunicaremos con usted para analizar otras formas en que podemos facilitarle la información.

Resumen de la información de sus registros

En algunos casos, la ley autoriza a SCFHP a darle menos información de la que un miembro pidió. Si decidimos que no podemos darle toda la información que pidió, le diremos que solo podemos ofrecerle un resumen de su información.

¿Acepta recibir un resumen de la información solicitada en lugar del acceso?

☐ Sí ☐ No

Costo de las copias de registros

Santa Clara Family Health Plan puede aplicar una tarifa para cubrir el costo del trabajo, la copia, el franqueo y la preparación de un resumen de la información solicitada. Se le informará la suma total de la tarifa después de que se determine el costo.

¿Acepta las tarifas impuestas por Santa Clara Family Health Plan para dar una copia o un resumen de la información solicitada? ☐ Sí ☐ No

Nombre del miembro (en letra de imprenta)	Fecha
---	-------

Firma del miembro

Si firma en nombre de un miembro de SCFHP, por ejemplo, su hijo o un adulto incapacitado, complete la sección de abajo.

Nombre del representante personal	Fecha
-----------------------------------	-------

Relación con el miembro

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al **1-800-260-2055 (TTY: 711)**.

Devuelva el formulario completado por:

Correo:
Santa Clara Family Health Plan
Attn: Customer Service
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Fax:
Santa Clara Family Health Plan
Attn: Customer Service
1-408-874-1965