

## SOLICITUD PARA ACCEDER INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El Acta de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros Médicos le provee el derecho de inspeccionar y recibir copias de cierta información médica. En nombre del plan médico patrocinado por su empleador, puede que Delta Health Systems (DHS) le provea con:

La matriculación, pagos, la adjudicación, y sistemas del registro de la dirección de casos o dirección médica mantenida por o en nombre de su plan médico; o

Usada enteramente o en parte, por DHS u otro socio profesional de su plan médico para hacer decisiones sobre sus beneficios.

DHS también puede enviar esta información por correo a otra persona, en su nombre. Si usted necesita una copia de sus registros médicos, por favor comuníquese con su doctor u hospital.

Usted tiene que cumplir toda sección de este formulario. Después de llenar el formulario, envíelo a:

**Delta Health Systems | 3244 Brookside Road | Stockton, CA 95219 | ATTN: Privacy Officer (Oficial de Privacidad)**  
**También enviar el formulario por fax a: (209) 939-3930**

---

Por favor déjenos saber qué información quiere recibir: (fechas de servicio, tipo de lesión o enfermedad, y los nombres de sus doctores, hospitales, u otros proveedores que nos ayudarán a responder a su solicitud con más rapidez):

---

---

---

Si DHS acepta su solicitud, le tendremos su información lista dentro de 30 días después de recibir su solicitud. Si se requiere más tiempo, le avisaremos. Si DHS tiene que rechazar su solicitud, le avisaremos la razón por qué dentro de 30 días después de recibir su solicitud.

DHS puede cobrarle por el costo de hacer copias y enviar por correo su información médica. El cobro por las copias es 25 centavos por cada página. El costo de los envíos por el correo depende de la cantidad de las páginas que serán enviadas. ¿Acepta pagar estas tarifas?

Sí  No

¿Desea usted tener copias reales de esta información, o prefiere que le preparemos un resumen? (marque uno)

Copia  Resumen

¿Quiere copias en papel de esta información, o prefiere recibirlo en forma electrónica? (marque uno)

Papel  CD o Memoria Flash (la información le será enviada cifrada)

¿A quién prefiere que le enviemos esta información? (marque uno)

A usted (La información le será enviada por correo al domicilio en nuestros archivos de DHS)

A la tercera parte indicada abajo:

Nombre

Dirección de Calle o P.O. Box

Ciudad

Estado

Código Postal

*Yo declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verdadera y correcta.*

Nombre en letra de molde del participante del plan

# de ID Médica

Firma del participante del plan o representante personal

Fecha

Número telefónico

**Nota:** si usted ha tomado el papel de ser el representante personal del participante del plan, por favor indique su asociación con el paciente: \_\_\_\_\_

Puede que sea requerido a demostrar prueba de su permiso legal de tomar decisiones en nombre del participante.

Cualquier intención de engañosamente acceder información médica protegida está sujeta a penalidades legales.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor comuníquese con Delta Health Systems al número gratis indicado en su tarjeta de identificación.