



## SOLICITUD DE REPORTE DE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con este formulario puede solicitar un reporte de cómo se divulgó su Información médica protegida (Protected Health Information, PHI, en inglés) por parte de HealthSpring o sus Socios. Ese reporte no incluirá esas divulgaciones exentas de reportarse conforme a las leyes aplicables. Usted tiene derecho a recibir un Reporte de divulgación sin costo en un período de doce (12) meses. HealthSpring pudiera cobrarle una cuota para procesar solicitudes adicionales que se reciban dentro de ese período. Si necesita ayuda para llenar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. Llene todo el formulario.

DESPUÉS DE LLENARLO Y FIRMARLO, ENVÍELO A LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE:

**Cobertura Medicare Advantage:**  
HealthSpring

Medicare Advantage Privacy Rights Intake and Management  
PO Box 24207  
Nashville, TN 37202

**Cobertura de Medicare para medicamentos recetados:**  
HealthSpring

Medicare Prescription Drug Plan  
PO Box 269005  
Weston, FL 33326-9927

**Sección A** Identifique a la persona para la cual se solicita un reporte de divulgaciones de Información médica protegida.

nombre \_\_\_\_\_ apellido \_\_\_\_\_ n.º de grupo \_\_\_\_\_  
n.º de seguro social \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ n.º de asegurado \_\_\_\_\_  
domicilio \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
código de área y teléfono \_\_\_\_\_ correo electrónico (si tiene) \_\_\_\_\_

**Sección B** Indique el período de tiempo para el cual se solicita el reporte. Aviso: El período de tiempo no puede exceder seis (6) años antes de la fecha en que se solicita el reporte.

Del: mes/día/año \_\_\_\_\_ Al: mes/día/año \_\_\_\_\_

**Sección C** Firma: Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres de un menor o por el Representante Personal del solicitante.

Yo solicito que HealthSpring proporcione un reporte de cómo se ha divulgado mi Información médica protegida según se ha especificado anteriormente en la Sección B. Yo entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de 18 años, a menos que se presente una prueba de tutela.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: mes/día/año \_\_\_\_\_

**Sección D** Si un representante autorizado firma la Sección C, proporcione la siguiente información.

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales. NO tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de HealthSpring.

nombre del representante autorizado \_\_\_\_\_

parentesco con la persona que solicita la información \_\_\_\_\_

domicilio del representante autorizado \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_

estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_ código de área y teléfono del representante autorizado \_\_\_\_\_

correo electrónico del representante autorizado (si tiene) \_\_\_\_\_

**Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad (Privacy Office).**