



SOLICITUD DE ACCESO

Propósito: Este formulario se utiliza para que una persona solicite inspeccionar y/u obtener copias de su propia información de salud protegida o de sus registros que se encuentran en nuestros conjuntos de registros designados o en los conjuntos de registros designados de nuestros socios comerciales.

SECCIÓN A: Persona que solicita el acceso.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Número de identificación: _____

Número de Seguro Social (opcional): _____

SECCIÓN B: A la persona: lea lo siguiente y complete la información solicitada.

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida que se encuentra en nuestros conjuntos de registros designados o en los de nuestros socios comerciales. Sin embargo, usted no tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de las notas de psicoterapia que tengamos, de cualquier información que hayamos compilado antes de o para su uso en acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos, de cualquier información que no esté sujeta a divulgación a usted en virtud de las Enmiendas sobre Mejora de Laboratorios Clínicos de 1988 (Código de los Estados Unidos N.º 42, párr. 263a) y otros tipos de registros. Para ejercitar su derecho de acceso, complete esta Sección B.

Especifique los registros que desea inspeccionar u obtener copias de estos: _____

¿Desea...: inspeccionar estos registros?

Le cobraremos \$0. _____ por página para copiar estos registros.

¿Desea que le entreguemos los registros...: impresos? electr

¿Desea que...: preparemos un resumen o una explicación de estos registros?

Le cobraremos \$ _____ por el resumen o la explicación.

¿Desea que...: enviemos las copias por correo? Le cobraremos el franqueo

Indique el nombre y la dirección de cada persona, incluidos usted o su representante personal, para la que desea que hagamos copias. Si desea que le brindemos acceso a o copias de sus registros a una persona que no sea usted o su representante personal, debe proporcionarnos una autorización firmada. Podemos suministrarle un formulario de autorización.

FIRMA DE LA PERSONA.

Fecha: _____

Si esta solicitud es realizada por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la persona: _____

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD.

Envíe el formulario completado a:

BlueCross BlueShield of Tennessee
Privacy Office
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga TN 37402