



Enviar a: Privacy Officer  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
(888) 452-2273  
[privacyofficer@lacare.org](mailto:privacyofficer@lacare.org)

## FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EXAMINAR, COPIAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Esta notificación describe cómo puede revisar, examinar, copiar y divulgar la información médica que tenemos acerca de usted. Léala atentamente y complete todas las páginas. Envíela a la dirección que figura en el encabezado del formulario.

### PARTE A: INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO

Nombre del miembro:		
Dirección del miembro:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del miembro:	Teléfono:

### PARTE B: TIPO DE INFORMACIÓN

<input type="checkbox"/> Registros de gestión de la atención médica	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Registros de reclamos	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Formulario de inscripción	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Solicitudes de autorización médica	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Notificación de acción	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Registros de reclamos de farmacia	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Solicitudes de autorización previa de farmacia	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Declaraciones de audiencias del estado	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Otra (especifique):	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Resumen de la información precedente	Fecha(s)

### PARTE C: FORMA/FORMATO

<input type="checkbox"/> Papel
<input type="checkbox"/> Archivo electrónico
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):

Si L.A. Care no pudiera brindarle la información en la forma o el formato que usted solicite, se le suministrará en un formato impreso legible u otra forma o formato que usted acepte.



Enviar a: Privacy Officer  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
(888) 452-2273  
[privacyofficer@lacare.org](mailto:privacyofficer@lacare.org)

**PARTE D: FORMA DE ENTREGA**

- Examinará la información en las oficinas de L.A. Care
- Retirárá la información en las oficinas de L.A. Care
- Por correo a la dirección del miembro que consta en los archivos
- Por correo a una dirección o persona diferente (especifique):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

**PARTE E: FINALIDAD**

Entiendo que es posible que L.A. Care me cobre por las copias de mi información médica protegida. Entiendo que me llamarán para informarme el cargo de las copias.

Si pedí un resumen, entiendo que es posible que me cobren por la preparación del resumen. El cargo puede incluir el tiempo estimado para preparar el resumen y el costo de hacerlo. También es posible que me cobren los gastos de envío si pedí que me enviaran el resumen por correo. Entiendo que me llamarán para informarme el cargo del resumen.

**PARTE F: FIRMA**

Fecha de hoy

Firma del miembro o representante personal:

Si firma el representante, indique la relación:

**L.A. CARE USE ONLY**

Date Received/Filled Out:

If Completed by L.A. Care Staff (staff may not complete form if records will be sent to another person):

Staff Member Name: \_\_\_\_\_

Staff Member Extension: \_\_\_\_\_

Date Information Released:

Staff Name: