



Formulario de solicitud de registros del miembro

Utilice este formulario para solicitar copias de su información médica protegida contenida en el conjunto de registros designado y mantenido por Mass General Brigham Health Plan.

SECCIÓN 1: Información del miembro

Propósito: Este formulario tiene como objetivo recopilar toda la información requerida para localizar, verificar y procesar con precisión una solicitud de registros en cumplimiento con las reglamentaciones de privacidad y las políticas de organización aplicables. **Es obligatorio completar todos los campos.**

Para personas que solicitan la divulgación de su información ("miembro")

Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Número de identificación de miembro:			
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:			

SECCIÓN 2: Información del beneficiario

La Sección 2 debe completarse solo cuando el miembro autoriza la divulgación de información a una persona o a cualquier tercero. Si los registros están destinados únicamente al uso propio del miembro, esta sección no es obligatoria.

Por el presente, el miembro autoriza a Mass General Brigham Health Plan a divulgar su información a la persona o entidad identificada a continuación ("beneficiario").

Nombre (persona/establecimiento):			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:			

SECCIÓN 3: Información que se divulgará

Las divulgaciones se limitarán al mínimo necesario y se realizarán únicamente según lo permita la ley aplicable.

Por el presente, el miembro otorga autorización a Mass General Brigham Health Plan para divulgar la información que se especifica a continuación al beneficiario (indique todas las opciones relevantes).

Reclamaciones de salud conductual
Reclamaciones médicas
Reclamaciones de farmacia
Reclamaciones de salud reproductiva
Consumo de alcohol y sustancias (incluida información sobre los servicios proporcionados por programas de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias asistidos por el gobierno federal)
Otro (especifique)

Fechas de servicio:

Desde:

Hasta:

Firma del miembro o representante personal:

Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Relación, si no es el miembro:

Esta autorización es válida solo si la firma el miembro, su padre/madre o tutor legal (si el miembro es menor y no tiene entre 12 y 17 años), o el representante personal del miembro. Si usted no es el miembro, indique su relación en el cuadro de arriba y proporcione documentación legal si actúa como representante personal, a menos que ya se haya presentado.

Para su conveniencia, puede enviar su solicitud por correo postal, correo electrónico o fax de la siguiente manera:

Correo postal: Mass General Brigham Health Plan
Customer Service Department
399 Revolution Drive – Suite 810
Somerville, MA 02145

Correo electrónico: MGBHPCS@mgb.org

Fax: 617-526-1985

El procesamiento toma 30 días hábiles.

MGBHP.org

Mass General Brigham Health Plan incluye a Mass General Brigham Health Plan, Inc. y a Mass General Brigham Health Insurance Company.