



Envíe el formulario completo y firmado a:  
 Florida Blue  
 P.O. Box 1798  
 Jacksonville, FL 32231

## SOLICITUD DE ACCESO A REGISTROS PHI

Usted o sus representantes tienen el derecho de obtener una copia de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) en ciertos registros “(registros PHI)”, mantenida por o para Florida Blue, de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos, y la ley aplicable, incluyendo la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act). Para ejercer su derecho a obtener una copia de sus registros PHI, complete cada sección de este formulario. Bajo algunas circunstancias, tenemos el derecho, bajo la ley aplicable, de denegar o limitar su solicitud de acceso a los registros PHI.

### Información del miembro (Requerido)

Número de contrato del miembro		Fecha de nacimiento	
Nombre del miembro		Inicial de segundo nombre	
Apellido del miembro			
Dirección del miembro			
Ciudad	Estado	Código postal	
No. de teléfono			

**Registros PHI solicitados:** Especifique el rango de la fecha para el reporte de registros solicitado.

Del (mes/año):	Al (mes/año):
----------------	---------------

Tenga en cuenta que puede recibir hasta dos años de información de reclamos de seguro médico al iniciar sesión en su cuenta de miembro por Internet de [floridablue.com](http://floridablue.com).

**Formulario de acceso solicitado:** (por ejemplo, copia impresa, copia electrónica): Le proporcionaremos acceso a los registros PHI en la forma o formato solicitado, si podemos producirlo en dicha forma o formato, o si no, en una copia legible impresa o electrónica como se ha acordado entre usted y Florida Blue.

**Tipo de Acceso Solicitado:** Sus registros PHI se enviarán a su dirección postal o correo electrónico. Marque la casilla que corresponda.

La opción 1

Dirección del miembro		
Ciudad	Estado	Código postal

La opción 2

Dirección de correo electrónico del miembro
---

Si solicita la opción de correo electrónico, reconoce y acepta los riesgos de seguridad asociados con la transmisión de correos electrónicos, que pueden poner los registros PHI bajo riesgo de ser leídos o accedidos por alguien más aparte del destinatario previsto.

Aquí 

--

 Firma 

MM/DD/AAAA
------------

 Fecha

Marque aquí y complete la sección de Información del Representante Personal a continuación si firma este formulario como representante personal del miembro de Florida Blue.

**Información del Representante Personal:** Si el miembro no puede firmar este formulario, un representante personal puede firmar, completar y devolver este formulario para el miembro. Un representante personal es alguien que tiene el derecho legal de firmar este formulario a nombre del miembro. **Adjunte pruebas de que usted es el representante personal del miembro (por ejemplo, Poder notarial). No podemos aceptar este formulario sin esta documentación.**

Nombre	Apellido	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
No. de teléfono		

Si tiene preguntas acerca de este formulario, llame al Departamento de atención al cliente al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de miembro.