

Formulario de Solicitud de Información Médica Protegida (PHI)



Puede usar este formulario para solicitar una copia de su PHI o para autorizar a MotivHealth a compartir su información con otra persona.

Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con nuestros asistentes personales de salud (PHA) al 844-234-4472 o PHA@motivhealth.com.

Cuando esté completo y firmado, envíelo por correo a:

MotivHealth Insurance Company
P.O. Box 7009718
Sandy, UT 84070

También puede enviar este formulario por correo electrónico a PHA@motivhealth.com o enviar este formulario por fax al: 844-533-1289

Sección I. El formulario de Solicitud de Acceso de Miembro se solicita para:			
Nombre del miembro:	ID del grupo #:	ID de Miembro #:	
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:		
Le dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono (XXX-XXX-XXXX)			

Sección II. Marque la casilla de los registros que desea inspeccionar u obtener una copia e indique el intervalo de fechas:					
Registros de inscripción:	De:	A:	Registros de salud:	De:	A:
<input type="checkbox"/> Registro de solicitud/suscripción/ declaración del médico tratante (si corresponde)			<input type="checkbox"/> Médico		
			<input type="checkbox"/> Dental		
<input type="checkbox"/> Pago de prima/facturación (si corresponde)			<input type="checkbox"/> Recetas		
			<input type="checkbox"/> Visión		
			<input type="checkbox"/> Salud mental		
Esta Solicitud NO PUEDE ser utilizada para divulgar Notas de Psicoterapia.					

Sección III. Elija el formato en el que desea recibir/revisar su información.					
Enviar mi PHI a: (seleccione solo uno)					
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Tercero designado: solicito que MotivHealth envíe mi PHI como se especifica en la Sección II anterior directamente al tercero designado que se indica a continuación.					
Nombre:	Le dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:
Formato / Manera: (seleccione solo uno)					
<input type="checkbox"/> Enviar copia electrónica. Nota: La información se enviará a la dirección de correo electrónico proporcionada a continuación a través de un correo electrónico seguro (encriptado), a n especifique lo contrario. Dirección de correo electrónico: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Envíe una copia impresa de la información a través del correo postal de EE. UU. <input type="checkbox"/> Ver en persona. Entiendo que me contactarán a mí oa mi designado para hacer arreglos para esto.					

Sección IV. Firma- Este documento debe ser firmado por el Miembro o el Representante Personal del Miembro.	
Solicito que MotivHealth proporcione acceso a mi PHI como se especifica. Entiendo que solo puedo firmar en nombre de un niño menor de dieciocho (18) años.	
Firma:	Fecha: mes/día/año

Sección V. Si la Sección IV está firmada por un representante personal, complete la información a continuación.	
Si firma como apoderado, tutor legal, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales.	
Nombre del representante personal:	Relación con el miembro:
Dirección del representante personal:	Ciudad:
Número de teléfono del representante personal:	Correo electrónico del representante:

Cualquier cambio en el formulario debe ser aprobado por el oficial de privacidad: compliance@motivhealth.com

