

**COMPLETE ESTE FORMULARIO PARA RECIBIR UN INFORME DE LAS
DIVULGACIONES****CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS.**

Envíe el formulario firmado a:

Zing Health Inc.
303 W. Madison St., Suite 800
Chicago, IL. 60606

Si necesita asistencia para completar el formulario, llame al número del Servicio de atención al cliente que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Sección 1. Información del miembro

Apellido del miembro:	Nombre del miembro:	Segundo nombre del miembro:	
Fecha de nacimiento:	N.º de Id. del miembro:		
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:

Deseo recibir un informe de la forma en que Zing Health divulgó mi información médica protegida, según lo exigido por las reglamentaciones federales. Comprendo que Zing Health **NO** tiene que informarme los siguientes tipos de divulgaciones:

1. Divulgaciones para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o como parte de un conjunto de datos limitado.
2. Divulgaciones que me realizaron a mi o que yo autorizé.
3. Divulgaciones a personas involucradas con mi cuidado.
4. Para fines de notificación (para notificar a un familiar, representante personal u otra persona autorizada por ley la ubicación, el estado general o el fallecimiento del miembro).
5. Para fines de seguridad nacional o inteligencia.
6. A instituciones penitenciarias o a oficiales de la ley.
7. Divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2004.
8. Divulgaciones relacionadas con usos o divulgaciones que, de otro modo, estén permitidos o exigidos por la legislación estatal o federal.

También comprendo que mi derecho a un informe de algunas o todas las divulgaciones podría verse suspendido por el gobierno, en circunstancias limitadas.

Tipos de registros

Se proporciona un único listado gratuito en cada período de 12 meses. Zing Health podría cobrar un cargo razonable basado en los costos por cualquier solicitud adicional en el mismo período de 12 meses, cuyo monto se

le informará por anticipado. La lista que ha solicitado se le proporcionará en un plazo de 60 días calendario, a menos que Zing Health le informe, por escrito, que necesita una extensión de 30 días.

Solicito una lista de divulgaciones de mi PHI durante el siguiente período [indique las fechas específicas]:

Desde el: _____ Hasta el: _____

Solicito una lista de divulgaciones de mi PHI de los siguientes tipos de registros:

- _____ Registros de inscripción en el plan de salud y elegibilidad.
- _____ Registros de reclamaciones por los servicios y tratamientos que recibí.
- _____ Registros que utilizamos para decidir si aprobamos o no una solicitud de autorización.
- _____ Registros que el plan de salud le ha enviado en el pasado.

_____ Me gustaría retirar el informe personalmente, cuando esté listo. Llámenme al siguiente número de teléfono cuando pueda hacerlo: _____.

_____ Envíenme el informe por correo postal al domicilio indicado arriba.

_____ Envíenme el informe por correo postal a la siguiente dirección:

Firma

Firma del solicitante:

Fecha:

SI EL SOLICITANTE ES UN REPRESENTANTE PERSONAL, SE NECESITA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

SI LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO NO ES EL MIEMBRO QUE ES OBJETO DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA, SE DEBE PROPORCIONAR EVIDENCIA POR ESCRITO DE LA AUTORIDAD DE LA PERSONA QUE FIRMA PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN SOLICITADA. DICHA EVIDENCIA PUEDE CONSISTIR EN UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL MIEMBRO O UNA DESIGNACIÓN DE UN TRIBUNAL DE JURISDICCIÓN COMPETENTE.

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Parentesco: _____

For Office Use Only

Date Received: _____ Sent to: _____ Title: _____

Date Processed: _____ Sent to: _____ Title: _____