



SOLICITUD DEL MIEMBRO DE RESTRICCIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS.

Envíe el formulario firmado a:

Zing Health
225 West Washington Street, Suite 450
Chicago, IL. 60606

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

Formulario con secciones: 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.

Comprendo que tengo derecho a solicitar que Zing Health restrinja el uso o la divulgación de mi información médica protegida. Zing Health intentará cumplir con mi solicitud, pero no tiene la obligación legal de hacerlo. Si Zing Health acepta restringir el acceso, recibiré una notificación al respecto por escrito.

Incluso si Zing Health acepta mi solicitud, entiendo que puede seguir usando o divulgando la información restringida ante una emergencia médica en la que la información sea necesaria para mi tratamiento, cuando yo autorice por escrito el uso o la divulgación de la información o cuando la ley exija el uso o la divulgación.

Puedo finalizar la restricción en cualquier momento, informándolo a Zing Health por escrito. Zing Health puede finalizar la restricción en cualquier momento, para lo cual me enviará un aviso por escrito. Si acepto la decisión de Zing Health de finalizar la restricción, mi información médica protegida ya no estará sujeta a la restricción. Si no estoy de acuerdo, la finalización de la restricción por parte de Zing Health se aplicará únicamente a mi información médica protegida que Zing Health obtenga después de que yo haya recibido la notificación de Zing Health de la finalización de la restricción.

Solicito la restricción de la divulgación de la siguiente información médica protegida:

Two horizontal lines for providing restricted information.

Solicito que la restricción se aplique de la siguiente forma:

Two horizontal lines for providing restriction details.

Solicito que Zing Health restrinja el uso o la divulgación de mi información médica protegida según lo especificado arriba. Comprendo que Zing Health no tiene ninguna obligación de aceptar mi solicitud y que no habrá ningún acuerdo a menos que Zing Health me informe por escrito que acepta mi solicitud.

Firma

Firma del miembro o de su representante

Fecha

Nombre del representante en letra de imprenta (se corresponde)

Parentesco con el miembro

For Office Use Only

Date Received: _____ Processed Date: _____ Title: _____

Date Notified: _____ Notified By: _____ Title: _____