

COMPLETE ESTE FORMULARIO PARA RECIBIR UNA COPIA DE SUS REGISTROS

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS.

Envíe el formulario firmado a:

Zing Health
225 W. Washington Street, Suite 450
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:

Tipos de registros:

¿De qué registros o tipos de información desea recibir copias?

- _____ 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.

Detalles de los registros

¿Hay algún detalle o límite con respecto a los registros que desea?

_____ Registros entre las fechas _____ y _____.

_____ Registros relacionados con una reclamación:

_____ Registros relacionados con un médico.

_____ Otros detalles o límites con respecto a la información que desea que le enviemos. Por ejemplo:

- “Registros relacionados con mi cirugía de rodilla de 2020”.
 - “No necesito los registros de mis llamadas telefónicas al plan de salud”.
- _____

Por favor, complete el reverso.

Información confidencial

Ciertos tipos de información son confidenciales. La información confidencial podría estar protegida por otras leyes. Escriba sus iniciales junto a los tipos de información confidencial que desea que le enviemos. Si no escribe sus iniciales junto a los tipos de información confidencial que desea recibir, no podremos enviar estos registros.

_____	VIH/SIDA	_____	Pruebas genéticas
_____	Salud mental	_____	Abuso de alcohol o drogas

Firma

Firma:

Fecha:

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 (QUE INCLUYE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA). DICHA EVIDENCIA PUEDE CONSISTIR EN UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL MIEMBRO O UNA DESIGNACIÓN DE UN TRIBUNAL DE JURISDICCIÓN COMPETENTE.