

Nombre del Miembro

Fecha

Fecha de nacimiento del Miembro

Número de Seguro Social del Miembro

Nombre del solicitante

Firma del Miembro o solicitante (si es
diferente al Miembro)

Mediante la presentación de este formulario, usted o un representante autorizado puede solicitar un informe de divulgaciones realizadas. Se tomará una decisión respecto a la solicitud dentro de los plazos especificados por la ley. MBHP le entregará una lista de divulgaciones efectuadas con la excepción de aquellas que se pueden excluir por ley. Esto incluye divulgaciones efectuadas a usted, a personas a cargo de su cuidado y a algunas autoridades legales o instituciones correccionales. También se excluyen divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003, divulgaciones aprobadas por usted y divulgaciones relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También se excluyen las divulgaciones realizadas por razones de seguridad nacional o inteligencia.

Periodo del informe: Desde _____ Hasta _____

Dirección a la cual desea que se envíe el informe:

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Si usted solicita acceso a información en nombre de otra persona diferente a usted, sírvase adjuntar prueba de su autoridad para hacerlo (por ejemplo, una orden de tutoría, orden de custodia u orden de un tribunal).

Envíe este formulario por correo a:

MBHP, Attention Privacy Officer
200 State Street, Suite 305
Boston, MA 02109
Fax number: (877) 335-5452

MBHP cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, ascendencia, edad, discapacidad, credo religioso, sexo, orientación sexual, identidad de género, estereotipos, información genética o estado de veterano. Aviso de MBHP de discriminación puede encontrarse en <http://www.masspartnership.com/member/NonDiscriminationNotice.aspx>.

Puede obtener esta información en otros idiomas y otros formatos, tales como letra de imprenta grande o Braille.

Llámenos al 1-800-495-0086 de lunes a jueves, de 8 de la mañana a 5 de la tarde, y el viernes de 9:30 de la mañana a 5 de la tarde. ¡La llamada es gratuita! Llame al dispositivo de telecomunicaciones para personas con pérdida auditiva (TTY, por sus siglas en inglés): 1-877-509-6981 si es sordo, hipoacúsico (dificultad para oír) o tiene dificultades para hablar.