

# Clover Health

## Solicitud de Informe de Divulgaciones de Información de Salud Protegida

Utilice este formulario para solicitar un informe denominado "Informe de Divulgaciones", el cual indica cuándo y por qué su Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) se compartió con ciertos fines.

Sección 1: Información del Miembro	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Teléfono:
N.º de Identificación de Miembro de Clover:	

Sección 2: Solicitud de Informe de Divulgaciones
<p>Clover Health debe realizar un seguimiento e informarle, si así lo solicita, de todas las divulgaciones de su PHI que se hayan efectuado desde el 14 de abril de 2003 en adelante, con la excepción de las divulgaciones que se realicen a las siguientes personas o con los siguientes fines:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para operaciones relacionadas con tratamientos, pagos o atención médica, o que sean parte de un conjunto de datos limitado;</li><li>• A usted o alguien legalmente autorizado para actuar en su nombre;</li><li>• A cualquier persona en virtud de un formulario de autorización que usted o su representante autorizado haya completado y firmado;</li><li>• Para fines de seguridad nacional o inteligencia, o bien a instituciones penitenciarias o agentes de seguridad pública; o</li><li>• Para un uso o divulgación permitidos o exigidos por la ley.</li></ul>
<p>Solicito un informe de divulgaciones de mi PHI para las siguientes fechas:</p> <p>_____ hasta _____</p> <p>MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA</p>
<p><b>COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.</b></p>

### Sección 3: Firma del Miembro o Representante Autorizado

Al firmar este formulario, entiendo que Clover Health tiene sesenta (60) días para responder a mi solicitud, a partir del día en que se recibe dicha solicitud, a menos que se me notifique por escrito que se necesita una extensión de hasta treinta (30) días.

Entiendo que, si se deniega mi solicitud de informe de divulgaciones, podría tener derecho a solicitar que se reconsidere la decisión.

Entiendo que cualquier formulario que se entregue incompleto a Clover Health se me devolverá para que lo complete, y que mi solicitud de informe de divulgaciones no se procesará hasta que se haya completado el formulario.

Marque esta casilla si firma en calidad de representante personal autorizado y proporcione su información a continuación. Adjunte la documentación correspondiente (p. ej., poder notarial, orden judicial). Tenga en cuenta lo siguiente: el Departamento Legal debe validar la documentación antes de aceptar la firma de un representante autorizado.

Nombre en Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el Miembro: \_\_\_\_\_

**Firma:**

**Fecha:**

**Envíe el formulario completado a la siguiente dirección: O envíe este formulario por fax al siguiente número:**

Clover Health  
P.O. Box 21164  
Eagan, MN 55121

Attn: Mailroom  
1-866-508-0865

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) cada uno con su propio contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.