

Clover Health

Solicitud de Restricción de Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Utilice este formulario para solicitar a Clover Health que restrinja el uso o la divulgación de su Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) para determinados aspectos de operaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o la atención médica.

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

Sección 2: Solicitud de Restricción
Descripción de la PHI para la que solicita la restricción:
Explique la restricción que desea aplicar a esa PHI.
COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.

Sección 3: Firma del Miembro o Representante Autorizado

Al firmar este formulario, entiendo que Clover Health considerará cuidadosamente mi solicitud de restricción. También entiendo que Clover Health no está obligado a aceptar una restricción solicitada, pero que acogerá las solicitudes razonables cuando sea posible. Si se aprueba mi solicitud de restricción, entiendo que puedo revocar mi solicitud por escrito en cualquier momento.

☐ 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:

Clover Health
P.O. Box 471
Jersey City, NJ 07303

O envíe este formulario por fax al siguiente número:

Attn: Mailroom
1-866-508-0865

O envíe este formulario por correo electrónico como archivo adjunto a:

PO_Box_471@cloverhealth.com