

Solicitud de terceros de acceso a información de salud protegida electrónica

Este formulario es necesario para que terceras personas puedan solicitar acceso a la información de salud protegida (PHI) electrónica de un paciente de una entidad de Express Scripts.

Selecciona la entidad (a qué farmacia o entidad solicitas la información, **selecciona solo una**) –

Farmacia con entrega a domicilio de Express Scripts Express Scripts PBM

1. Verificación

Individuos para los cuales se solicitan registros:

(Si la solicitud es para varios pacientes, completa el documento de excel adjunto a este formulario)

Nombre del paciente: _____

Apellido del paciente: _____

Segundo nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección registrada:

Dirección línea 1: _____ Dirección línea 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de tarjeta ID del miembro/seguro (si corresponde): _____

Nombre del miembro/titular de tarjeta: _____

Número de teléfono registrado: (_____) - _____ - _____

2. Solicitud hecha por:

Nombre de la entidad de cuidado de la salud: _____ NPI/TIN: _____

Al firmar este formulario, certifico que: (i) toda la información proporcionada en este formulario es precisa, está completa y el hecho de proporcionársela a Express Scripts no infringe ninguna ley aplicable; (ii) estoy autorizado a recibir la PHI electrónica solicitada según la HIPAA; (iii) recibiré y utilizaré la PHI electrónica solicitada para un fin permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (“HIPAA”, por sus siglas en inglés) de 1996 y sus reglamentaciones de implementación; (iv) no usaré ni divulgaré la PHI electrónica solicitada para ningún fin que esté prohibido por la ley aplicable; (v) la PHI electrónica que solicito es la información mínima necesaria que me hace falta para cumplir con el fin previsto según la HIPAA.

Certifico que esta solicitud se hace con un fin permitido por la HIPAA:

Tratamiento Pago Operaciones de cuidado de la salud

Nombre de la empresa (que no sea de cuidado de la salud): _____

Adjunta una autorización válida según la HIPAA firmada por el paciente

NOTA: No todas las divulgaciones y los usos de PHI electrónica están permitidos sin la autorización del individuo. Por ejemplo, hay cierta PHI confidencial, como los registros de trastornos por uso de sustancias, que podrían estar sujetos a requisitos de uso y divulgación más estrictos que requieran la autorización del individuo. Además, hay usos, como la comercialización o la venta de PHI, que están prohibidos sin la autorización del individuo. Asimismo, si solicitas PHI electrónica que no se pueda divulgar o usar sin la autorización de un individuo, debes proporcionarnos una copia de una autorización válida según la HIPAA firmada por el paciente individual que autorice la entrega de esa PHI para que te proporcionemos la PHI solicitada.

Completa el formulario y envíalo a Privacy@express-scripts.com

Divulgación general: Todos los datos de USCDI que conservamos en formato que admite lectura automática serán suministrados según lo requiera la Ley "Cures" de la Oficina de Coordinación Nacional, exceptuando los datos que se detallan a continuación:

- Registros de recetas con más de 18 meses de antigüedad
- Información de farmacia para pacientes del Departamento de Defensa o la Administración de Veteranos. Si se selecciona a continuación, la suministraremos en formato .PDF o .XLS a pedido

.PDF .XLS

Ten presente que tienes derecho según la HIPAA a recibir toda la PHI electrónica que conserve Express Scripts Pharmacy en tu "Conjunto de registros designados". Cualquier PHI electrónica que no sean datos del paciente que conservemos en tu conjunto de registros designados, como la información de pago, podría suministrarse en otro formato.