

## Solicitud de acceso de los miembros a la información de salud protegida

Usted tiene el derecho de solicitar acceso a su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) mantenida por Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) en nuestro conjunto de registros designado. La siguiente información está excluida del acceso:

- Información que cumple con la definición de notas de psicoterapia;
- Información recopilada por Magellan en una anticipación razonable de, o para su uso en, un procedimiento civil, penal o administrativo;
- Información obtenida de otra persona, si proporcionado el acceso que solicitó sería razonablemente probable que viole la confidencialidad de esa persona revelando la fuente; e
- Información que un profesional de la salud con licencia ha determinado, en el ejercicio del juicio profesional, que el acceso que ha solicitado es razonablemente probable que: ponga en peligro la vida o la seguridad física de usted u otra persona, cause daño sustancial a otra persona a la que se hace referencia en su registro o cause un daño sustancial a usted u otra persona.

**Por favor, escriba a máquina o con letra de imprenta toda la información, excepto su firma.**

### **INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (Información sobre la persona cuyos registros se solicitan)**

<b>Nombre completo:</b> (primer nombre y apellido)		<b>Número de teléfono:</b>
<b>N.º de identificación de Medicaid del miembro:</b> (este es el número de su tarjeta PA ACCESS)		<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección completa:</b> (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		

### **¿QUÉ INFORMACIÓN ESTÁ SOLICITANDO? (Por favor, sea lo más específico posible)**

### **FIRMA:**

<b>Firma del miembro:</b>		<b>Fecha:</b>
---------------------------	--	---------------

**SI CORRESPONDE:** La siguiente sección debe completarse si un Representante personal solicita información en nombre del miembro. Nota: Puede ser necesaria documentación legal si Magellan envía los registros al Representante personal autorizado.

<b>Firma del Representante personal (si es necesario):</b>		<b>Fecha:</b>
--	--	---------------

<b>Nombre completo en letra de imprenta (si es necesario):</b>	
--	--

<b>Dirección completa (si es necesario):</b>	
--	--

Si está firmado por un representante personal, describa las facultades para actuar en nombre del miembro (adjunte cualquier documentación pertinente):

**En general, los padres de un niño menor de edad que tienen la autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del menor se consideran representantes personales del menor a menos que el niño esté autorizado a buscar tratamiento sin el consentimiento de los padres bajo la ley estatal.**

**Devuelva este formulario completo a:**  
Attention: Privacy and Compliance Officer  
Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.  
790 Township Line Road, Suite 120  
Yardley, PA 19067  
Fax: 866-667-7744  
Correo electrónico: [PAHCCCompliance@magellanhealth.com](mailto:PAHCCCompliance@magellanhealth.com)