

# Formulario de solicitud de registros



## Aviso para los miembros

- Usted tiene derecho, con algunas excepciones, a ver u obtener copias de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI), la cual se encuentra en un conjunto de registros designados. Para obtener copias de su PHI, rellene este formulario y envíelo por correo o fax a la dirección que figura más abajo.
- Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de manera factible.
- Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le informaremos si puede solicitar o no una revisión de los motivos de la denegación (y cómo hacerlo en caso de que sea posible).
- Envíe el formulario completo por correo postal utilizando los siguientes datos:  
Coordinated Care, ATTN: Compliance Department  
1145 Broadway, Suite 700  
Tacoma, WA 98402  
Fax: 1-877-644-4602 | Member Services: 1-877-644-4613 (TTY: 711)

## Información del miembro (en letra de imprenta):

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_  
(La dirección debe ser la que Coordinated Care tiene en sus archivos)

Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del miembro: \_\_\_\_\_

## Registros solicitados:

Lista de los tipos de registros:

- |          |          |
|----------|----------|
| a. _____ | f. _____ |
| b. _____ | g. _____ |
| c. _____ | h. _____ |
| d. _____ | i. _____ |
| e. _____ | j. _____ |

## Enviar los registros a...

Seleccione los medios por los que desea recibir los registros:

### Correo postal

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Fax

Número de fax: \_\_\_\_\_

### Correo electrónico

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o del representante personal del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del miembro o del representante personal del miembro

\_\_\_\_\_  
Relación con el miembro o con el \*representante personal del miembro

\* Los representantes personales deben incluir una copia de la autorización legal para representar al miembro (por ejemplo, un poder notarial o una orden de tutela). Este formulario no se debe procesar sin la documentación de apoyo.

**Los planes Washington Apple Health y Apple Health Foster Care se ofrecen a través de Coordinated Care of Washington, Inc.  
El plan Ambetter se ofrece a través de Coordinated Care Corporation**