

**Maryland Health Insurance Plan Privacy Request Form**  
*Formulario de solicitud de información privada de Maryland Health Insurance Plan*

**Section 1**  
**Sección 1**

Member Name: \_\_\_\_\_  
*Nombre del asegurado:*

Member Date of Birth: \_\_\_\_\_ Member ID#: \_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento del asegurado: N° de ID de asegurado:*

Address: \_\_\_\_\_  
*Dirección:* Street (*Calle*) City (*Ciudad*) State (*Estado*) Zip Code (*Código postal*)

Telephone (day): \_\_\_\_\_ (evening) \_\_\_\_\_  
*Teléfono (diurno): (nocturno)*

Name of Requestor\* (if not member): \_\_\_\_\_  
*Nombre del solicitante\* (si no es un asegurado):*

Requestor Address (if not member): \_\_\_\_\_  
*Dirección del solicitante (si no es un asegurado):*

**\* If not member you must send Maryland Health Insurance Plan copies of any papers that show you have the right to make this request.**

***\* Si no es un asegurado, debe enviar copias de los documentos del Maryland Health Insurance Plan que muestren que usted tiene derecho a realizar esta solicitud.***

**Section 2**  
**Sección 2**

To request member information from Maryland Health Insurance Plan, please check one or more of the boxes below:  
*Para solicitar información de un asegurado de Maryland Health Insurance Plan, marque una o más de las casillas que aparecen a continuación:*

- Receive copy of privacy practices.  
*Recibir una copia de las prácticas de privacidad.*
- Make a privacy complaint.  
*Efectuar una queja sobre privacidad.*
- Receive member records.  
*Recibir registros de un asegurado.*
- Change something in member records.  
*Cambiar algo en los registros de un asegurado.*
- Limit how Maryland Health Insurance Plan uses and discloses member records.  
*Limitar la forma en la que Maryland Health Insurance Plan utiliza y divulga los registros de los asegurados.*
- Receive member records in a safe and private way.  
*Recibir los registros de un asegurado de forma segura y privada.*
- Receive list of disclosures made by Maryland Health Insurance Plan as required under the Health Insurance Portability and Accountability Act.  
*Recibir una lista de las divulgaciones realizadas por Maryland Health Insurance Plan, según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud.*

**Section 3**  
**Sección 3**

Please tell us what you want to receive and why. You need to provide dates of services, names of providers, etc. Maryland Health Insurance Plan may charge you to receive copies of member records or a list of the disclosures made by the Maryland Health Insurance Plan as required under the Health Insurance Portability and Accountability Act. You need to tell Maryland Health Insurance Plan if you cannot pay any fee.

*Infórmenos qué desea recibir y por qué. Debe proporcionar las fechas de los servicios, los nombres de los proveedores, etc. Maryland Health Insurance Plan puede cobrarle por enviarle copias de los registros de los asegurados o una lista de las divulgaciones realizadas por el Maryland Health Insurance Plan, según lo exige la Ley*

**Maryland Health Insurance Plan Privacy Request Form**  
*Formulario de solicitud de información privada de Maryland Health Insurance Plan*

*de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud. Si no puede pagar ninguna tarifa, debe comunicárselo a Maryland Health Insurance Plan.*

---

---

**Section 4**  
***Sección 4***

Please tell us how you want to receive the information you asked for (Check box that applies):  
*Infórmenos cómo desea recibir la información que solicitó (marque la casilla que corresponda):*

- I want Maryland Health Insurance Plan to mail the information to me at my address above.  
*Deseo que Maryland Health Insurance Plan me envíe por correo la información a mi dirección, mencionada anteriormente.*
- I want Maryland Health Insurance Plan to mail the information to me at the following address: (list address)  
*Deseo que Maryland Health Insurance Plan me envíe por correo la información a la siguiente dirección: (escriba la dirección)*
- 
- Other: \_\_\_\_\_  
*Otro:*

**I assure you that I am the person<sup>d</sup> state above. I have the legal right to receive the requested information.**  
*Yo aseguro que soy la persona que se especifica más arriba. Tengo el derecho legal de recibir la información solicitada.*

---

Requestor's Signature  
*Firma del solicitante*

---

Date  
*Fecha*

**Please send this Privacy Request Form to:**  
***Envíe este Formulario de solicitud de información privada a:***

**Maryland Health Insurance Plan**  
**Privacy Office**  
**10455 Mill Run Circle**  
**Owings Mills MD 21117**  
**Fax: 410-505-6692**

**If you need help filling out this form please call the Privacy Office at: 1-800-853-9236.**  
***Si necesita ayuda para completar este formulario llame a la Oficina de información privada al: 1-800-853-9236.***