

Solicitud de cobertura individual

Para planes fuera del Mercado de Seguros Médicos: para cobertura nueva y renovación

Esta solicitud debe completarse en su totalidad o su tiempo de procesamiento podría retrasarse. Para ser elegibles para la cobertura, los solicitantes deben residir dentro del área de servicio de Health First Health Plans.

Envíe la solicitud original completa a:

Health First Health Plans

Attention: Sales

6450 US Highway 1

Rockledge, Florida 32955

myHFHP.org

Departamento de Ventas: número gratuito **1-877-904-4914**

Correo electrónico: individualinsurance@hf.org ■ TDD/TTY:

1-800-955-8771

Desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre:

llame de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Desde el 16 de diciembre hasta el 31 de octubre:

llame de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Requisitos e instrucciones para la solicitud

- El solicitante debe completar esta solicitud. Usted (el solicitante) es responsable de garantizar que la información que se provee sea precisa, verdadera y esté completa. No completar alguna de las secciones dará lugar a una demora en el procesamiento de su solicitud.
- No cancele ninguna cobertura de seguro de salud que tenga actualmente ni rechace los beneficios de COBRA hasta que reciba el aviso de aceptación de Health First Health Plans.** Guarde una copia de esta solicitud para su registro.
- Toda tergiversación de la información en esta solicitud puede dar lugar a la cancelación de la cobertura.
- Todo miembro de la familia de un solicitante que tenga 18 años o más también debe firmar y fechar esta solicitud.
- Todos los miembros de la familia que sean elegibles deben inscribirse en una solicitud.
- Un dependiente de 26 a 30 años de edad debe cumplir con los requisitos de elegibilidad de acuerdo con la ley de Florida.
- Para obtener la cobertura para el recién nacido o hijo adoptivo de un miembro fuera del período de inscripción abierta anual, el titular de la póliza debe completar y presentar el Formulario de inscripción individual o de cambio dentro de los sesenta (60) días a partir del nacimiento o la colocación en el hogar del menor. Envíe la solicitud completa, con el pago de la prima del primer mes, si corresponde, a Health First Health Plans a la dirección que figura arriba.
- Recuerde que su prima presupuestada puede ser ajustada por Health First Health Plans como resultado de los costos por inscripción, opciones de facturación, cambios en los beneficios/el plan, fechas de vigencia disponibles, fecha de nacimiento/edad o cualquier otro evento relevante.
- Health First Health Plans cumple con todas las regulaciones federales, incluidas las disposiciones sobre emisión garantizada, según se describe en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).
- Ingrese su selección de plan de beneficios en la Sección 3 de la solicitud.
- Toda la información es confidencial.
- El período de inscripción abierta, o el período anual en el que las personas se pueden inscribir en un plan de seguro de salud o realizar cambios, es desde Del 1 de noviembre al 15 de enero.

Debe completarse con tinta azul o negra.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Nombre/apellido del solicitante principal		Nombre		Inicial 2. ^o nombre	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		Idioma			
Dirección particular (no de casilla postal): Calle		Depto.	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular ()	Teléfono laboral ()	Teléfono celular ()	Otro ()	Mejor hora para llamar <input type="checkbox"/> A. M. <input type="checkbox"/> P. M. <input type="checkbox"/> Cualquiera	
Dirección de correo electrónico _____			Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, estoy autorizando a Health First Health Plans a enviar todas las comunicaciones relacionadas con esta solicitud por correo electrónico seguro.		

Sección 2: INFORMACIÓN DE SOLICITANTES ADICIONALES

	Sexo	Nombre (apellido, primer nombre, inicial 2.º nombre)	¿Es ciudadano estadounidense?	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	¿Consumió tabaco en los últimos 6 meses?
1	M / F	Solicitante principal	Sí / No	____ - ____ - ____	__ / __ / ____	Sí / No
2	M / F	Cónyuge	Sí / No	____ - ____ - ____	__ / __ / ____	Sí / No
3	M / F	Hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	__ / __ / ____	Sí / No
4	M / F	Hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	__ / __ / ____	Sí / No
5	M / F	Hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	__ / __ / ____	Sí / No
6	M / F	Hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	__ / __ / ____	Sí / No
7	M / F	Hijo de un hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	__ / __ / ____	Sí / No
8	M / F	Hijo de un hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	__ / __ / ____	Sí / No

Declaro que los hijos que se incluyen en esta solicitud son mis dependientes legales. Inicial _____

Sección 3: SELECCIÓN DEL PLAN

Plan médico: todos los planes médicos cumplen con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y cubren todos los beneficios médicos esenciales requeridos, incluidos los beneficios odontológico y de visión pediátricos. Marque su elección de plan:

Nombre del plan: _____ Número del plan (4 dígitos): __ __ __ __
(Por ejemplo, "Health First HMO 60") (Por ejemplo, "1750")

Fecha de entrada en vigencia solicitada

(Health First intentará proporcionarle la fecha de entrada en vigencia solicitada, pero esta fecha no está garantizada).

__ Ene __ Feb __ Mar __ Abr __ May __ Jun __ Jul __ Ago __ Sep __ Oct __ Nov __ Dic

Sección 4: COBERTURA ANTERIOR/OTRA Opcional para los miembros que renuevan

A. ¿Alguna vez usted o algún solicitante fueron miembros de un plan individual o grupal con Health First?

Si la respuesta es sí, indique el nombre y el número de póliza del miembro: Sí. No

B. ¿Usted o alguno de los solicitantes tuvieron una cobertura de seguro médico que haya finalizado dentro de los últimos 60 días?

Sí. No

Si la respuesta es sí, indique el nombre del solicitante, la información de la empresa de seguro, el tipo de cobertura, la fecha de entrada en vigencia y la fecha de finalización:

C. ¿Usted o alguno de los solicitantes tienen actualmente cobertura de seguro médico?

Complete esta sección solo si usted o alguno de sus dependientes tienen otra cobertura de salud que no se cancelará cuando la cobertura de esta solicitud entre en vigencia. Escriba los nombres de cada persona cubierta. Si usted o sus dependientes no tendrán otra cobertura, escriba las iniciales _____.

Cobertura grupal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre y dirección de otra compañía aseguradora		
Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)		Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Empleado solo <input type="checkbox"/> Empleado/cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/hijos <input type="checkbox"/> Familiar		
Nombre del titular de la póliza (nombre y apellido)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente		Nombre del empleador		Fecha de inicio de la cobertura (MM/DD/AAAA)
Número de grupo		Número de póliza		
Información de otra cobertura médica grupal (solo incluir aquellas cubiertas por otro plan)		Tipo (B/S/F)*	Fecha de entrada en vigencia	Fecha de finalización
Nombre del cónyuge:				
Nombre del dependiente:				
Nombre del dependiente:				
Nombre del dependiente:				
* B. Escriba "B" cuando este dependiente esté cubierto por ambos planes de seguro, el suyo y el de su cónyuge (casados). S. Escriba "S" si es el padre/la madre que tiene la custodia de este dependiente y no hay otra persona que deba pagar los gastos médicos de este dependiente. F. Escriba "F" si este dependiente tiene cobertura por medio de otra persona (que no sea un miembro de su familia) quien debe pagar los gastos médicos de este dependiente.				
Comprendo que cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de cometer fraude, perjudicar o engañar a una aseguradora, presente reclamaciones o solicitudes que contengan información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado. Inicial _____				

Sección 5: CONDICIONES de INSCRIPCIÓN - Lea detenidamente la siguiente información.

CONDICIONES GENERALES: La cobertura solo se aplicará a los servicios proporcionados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

PAGO DE LA PRIMA: Tenga en cuenta que esta cobertura no se vende como una póliza comercial grupal. Si es aceptado para recibir la cobertura, cada solicitante es responsable de la prima inicial, así como también de los pagos futuros. Si los fondos se obtienen de una cuenta de empresa, certifico que soy el propietario de la empresa, y los pagos son para mí o para otros solicitantes en calidad de individuos y no de empleados. Comprendo que los pagos de una cuenta de empresa no son para los empleados ni otras personas que no pertenezcan a mi familia inmediata. El reembolso de la prima se paga solo al solicitante principal. Si su póliza se cancela debido a la falta de pago de la prima, Health First Health Plans tiene el derecho de solicitar el monto de cualquier prima adeudada anterior; se puede requerir el pago inicial de la prima realizado para la nueva cobertura dentro del período de 12 meses y saldos anteriores acumulados adeudados dentro del período de 12 meses anterior previo a la fecha de inicio de la cobertura antes de que comience una nueva cobertura.

ACUERDO VINCULANTE: El Certificado de cobertura correspondiente de Health First Health Plans y esta solicitud (en conjunto el "Contrato"), constituirán el acuerdo completo entre los solicitantes y Health First Health Plans. Si son aceptados para recibir la cobertura de acuerdo con lo aquí estipulado, los solicitantes acuerdan por medio del presente registrarse por los términos y las condiciones que se establecen en el Contrato.

GUARDE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD PARA

SU REGISTRO.

La firma del solicitante a continuación constituirá la aceptación del Contrato en nombre de dicho solicitante, y la firma del solicitante principal constituirá la aceptación del Contrato para cualquier solicitante dependiente que tenga menos de 18 años, según se describe en la Sección 2.

Por el presente, acepto que el Contrato se renovará automáticamente el 1 de enero de cada año, y cualquier cambio en los beneficios necesario para cumplir con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio o las leyes estatales se incluirá a partir de esa fecha de entrada en vigencia, sujeto a todas y cada una de las enmiendas del Contrato, incluidos los cambios en las tarifas o los beneficios, según lo determine Health First Health Plans, o según mi elección en mi nombre y en nombre de todos los solicitantes, sin mi consentimiento expreso, a menos que yo, alguno de los solicitantes o Health First Health Plans decidan finalizar el Contrato de acuerdo con sus términos.

CLÁUSULA DE OMISIÓN: Afirmo que todas las declaraciones y respuestas provistas en este documento, escritas por la persona que sea, incluso el dorso y cualquiera de los papeles adjuntos, están completas, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que esta será la base de la aceptación de la inscripción en Health First por parte mía y de todos los solicitantes. Entiendo que Health First Health Plans rescindirá la cobertura solo debido a un acto o práctica que constituya fraude o una tergiversación intencional de un hecho material.

EJEMPLARES: Esta solicitud puede ejecutarse en múltiples ejemplares, cada una de las cuales se considerará original y todos en conjunto constituirán un único acuerdo.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede obtener acceso a esta información. *Revíselo atentamente.*

La norma de privacidad de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) exige que los proveedores de atención médica y los planes de salud elaboren y distribuyan un aviso que proporcione una explicación clara y accesible para el usuario de los derechos de los clientes con respecto a su información personal de salud y las prácticas de privacidad relacionadas con esa información.

Nuestro compromiso

Este aviso se aplica a todos los clientes que reciben servicios de Health First, Inc., Health First Medical Group, LLC, Health First Privia Medical Group, LLC¹ o del plan de salud². Health First se compromete a mejorar el bienestar y la salud de nuestros clientes y de la comunidad. Queremos que usted, nuestro cliente, se sienta respaldado e informado sobre su atención y cobertura. Esto incluye explicar cómo usamos, administramos y protegemos su información, sus derechos y las opciones relacionadas con su información.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Health First al 321-434-7543.

Su información

En este aviso, "información" hace referencia a cualquier información que lo identifique, como cliente actual o anterior de Health First, y que se relacione con su salud o afección, sus servicios de atención médica, pagos o cobertura de esos servicios. Incluye reclamaciones, información de cobertura e información médica, como los diagnósticos y servicios que recibió. Incluye información demográfica como su nombre, dirección, número de teléfono y fecha de nacimiento. Incluye información que proviene de usted o que surge de los negocios que usted haga con nosotros, nuestras filiales u otros terceros, como la inscripción, las aprobaciones previas, las remisiones, las determinaciones de cobertura, las reclamaciones y la información de pago.

Cómo protegemos su información

Permitimos el acceso a su información por parte de los miembros de nuestro personal, pero solo en la medida en la que necesiten esa información para las actividades relacionadas con el tratamiento, el pago y la atención médica, o para administrar su plan de salud y beneficios, cumplir con los requisitos legales o de acreditación, o según lo permita la ley. Como tal, y para brindarles a nuestros clientes la continuidad de la atención necesaria, apropiada y oportuna, las entidades de Health First tienen varias plataformas, aplicaciones y sistemas electrónicos

que comparten su información a través de nuestra red de servicios integrada ("IDN") y la comunidad donde sea necesario y esté permitido para las actividades relacionadas con el tratamiento, el pago y la atención médica, y conforme a la ley aplicable.

Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y administrativas diseñadas para proteger su información y evitar el acceso no autorizado.

¿Cómo usamos y compartimos su información generalmente?

Podemos compartir su información sin su autorización por escrito por los siguientes motivos:

Para tratamiento:

Para compartir con los proveedores de atención médica (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores) en relación con su tratamiento o para coordinar la salud preventiva, la detección temprana y los programas de administración de casos y control de enfermedades.

Ejemplo: su médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos ayudarlo a coordinar servicios adicionales.

Tenga en cuenta que no necesitamos su permiso para compartir su información en una emergencia médica, si no puede autorizarnos debido a su afección. Además, las organizaciones cubiertas por este aviso no necesitan su permiso para compartir su información entre sí, siempre y cuando sea para un fin autorizado.

Para pago:

Para pagar o recibir pagos por la atención que recibe.

Ejemplo: podemos comunicarnos con sus proveedores para coordinar sus beneficios y confirmar la elegibilidad y la cobertura, o podemos comunicarnos con su plan de salud para pagar los servicios que recibió en nuestras instalaciones.

Para las actividades de atención médica:

Para apoyar las obligaciones comerciales diarias para las actividades de atención médica.

Ejemplo: usamos y divulgamos su información para informarle sobre los beneficios del plan, las alternativas de tratamiento, o los productos y servicios relacionados con la salud. Usamos su información para la gestión de calidad, actividades de mejora, coordinación de la atención y para fines de suscripción. También usamos su información para contactarlo con respecto a las citas o para actividades de recaudación de fondos. Si no desea que Health First se comunique con usted con el fin de recaudar fondos, debe notificar a Health First Foundation por escrito a **ATTN: Foundation Gift and Data Specialist, 1350 S. Hickory St., Melbourne, FL 32901** o por teléfono al **321-434-7353**.

A menos que nos indique lo contrario, podemos incluir información limitada sobre usted en nuestro directorio. Esta información puede incluir su nombre, ubicación y condición general. Podríamos compartir esta información con sus familiares y amigos, a menos que nos indique lo contrario.

Para administrar su plan:

Podemos compartir su información con nuestras filiales (también conocidas como organizaciones relacionadas) que nos ayudan a administrar y gestionar nuestro plan de salud. También podemos compartir su información con terceros no afiliados (no relacionados) autorizados por la HIPAA. Estas organizaciones se conocen generalmente como asociados comerciales. Health First tiene contratos con estos asociados comerciales para proporcionar ciertos productos o servicios en nuestro nombre. La ley exige que los asociados comerciales protejan su información de la misma manera que lo hacemos nosotros.

Otros usos y divulgaciones:

También podemos compartir su información con otros terceros, como las autoridades reguladoras, las agencias gubernamentales o los organismos de cumplimiento de la ley, según lo permita o exija la ley.

El plan de salud, al proporcionar beneficios totalmente asegurados a un plan de salud grupal, o al ayudar a administrar los beneficios de un plan de salud grupal autoasegurado, puede, si se solicita, compartir información limitada con el patrocinador de su plan de salud grupal, con fines de administración del plan, si se cumplen ciertos requisitos de privacidad.

Ejemplo: en el caso de un plan totalmente asegurado, el plan de salud puede compartir ciertas estadísticas con su empleador para explicar las primas que cobramos.

Usamos o compartimos su información si la ley estatal o federal lo requiere.

Cuestiones de salud pública y seguridad:

Compartimos su información con las autoridades de salud pública u otras agencias autorizadas en ciertas situaciones, como las siguientes:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con los retiros de productos.
- Informar reacciones adversas a medicamentos.
- Informar sospechas de abuso, abandono, violencia doméstica o delitos en nuestros centros de atención.
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
- Ayudar con la supervisión del sistema de salud, como auditorías o investigaciones.
- Cumplir con funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial, y divulgaciones a centros penitenciarios.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos: Usamos y compartimos su información para ayudar con la donación de órganos o tejidos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria: Compartimos su información con un perito forense, médico forense o director de funeraria.

Gestionar la indemnización laboral: Usamos y compartimos su información para sus reclamaciones de indemnización laboral.

Responder a demandas y acciones legales:

Podemos usar y compartir su información para acciones legales, o en respuesta a una orden judicial o administrativa, u otro proceso legal. Podemos compartir su información con los funcionarios de cumplimiento de la ley autorizados.

Acuerdo de atención médica organizada (OHCA)

El plan de salud participa en dos acuerdos de atención médica organizada (OHCA) diferentes en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Un OHCA es un acuerdo que permite que las entidades cubiertas, que son proveedores de atención médica, planes de salud o centros de intercambio de información sobre atención médica, compartan información de salud protegida (PHI) sobre sus clientes, personas que reciben servicios o miembros del plan, a fin de proporcionar servicios de atención médica y realizar actividades de pago y atención médica. El plan de salud participa en un OHCA con AdventHealth y sus filiales con sede en Florida. El plan de salud también participa en un OHCA independiente con otras entidades de Health First, Inc. Comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad si desea saber en qué redes u organizaciones de atención responsables participa el plan de salud.

Usos y divulgaciones que exigen su autorización:

Para cualquier otro fin no descrito en este documento, debemos obtener su autorización por escrito para usar o compartir su información. Por ejemplo, necesitaríamos su autorización para lo siguiente:

- Para usos y divulgaciones de notas de psicoterapia.
- Para utilizar su información con fines de marketing para los cuales se recibe un pago económico.
- Para cualquier venta que involucre su información y que tenga como resultado un pago económico o no económico.

Sus derechos individuales:

Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información que Health First genera, obtiene o almacena sobre usted. Para ejercer estos derechos, comuníquese con nosotros en la sede que figura a continuación:

Health First
Health Information Management Department
3300 S. Fiske Blvd., Building B
Rockledge, FL 32955

Revise u obtenga una copia de su información

Puede solicitar ver u obtener una copia de su información almacenada en papel o registros electrónicos. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información. Si existen registros que no podemos compartir o si necesitamos limitar el acceso, le informaremos al respecto. Podemos cobrar una tarifa para procesar su solicitud.

Pídanos que corriamos su información (Enmienda)

Puede solicitarnos por escrito que corriamos su información si considera que es incorrecta o está incompleta. Corregiremos la información si la ley lo permite. Podemos denegar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito. Si su solicitud es denegada, puede solicitarnos que conservemos una copia de su disconformidad (una declaración por escrito que nos proporcione) con sus registros.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos (Restricción)

Puede solicitarnos por escrito que no usemos ni compartamos su información. Siempre tendremos en cuenta su solicitud, pero podemos negarnos si afectara nuestra capacidad de brindarle atención o servicio, o si fuera motivo de preocupación por la seguridad del cliente. Si aceptamos las restricciones, las cumpliremos.

Solicite comunicaciones confidenciales

Puede solicitarnos por escrito que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en un lugar específico (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina). No le preguntaremos el motivo de su solicitud y aceptaremos todas aquellas que sean razonables.

Para los clientes del plan de salud: si nos notifica que una posible comunicación podría ponerlo en peligro, debemos aceptar su solicitud razonable de comunicarnos de manera confidencial.

Obtenga una lista de quién ha recibido su información (Registro de divulgaciones)

Puede solicitarnos una lista de las veces que hemos compartido su información con organizaciones o clientes externos, con quién la compartimos y el motivo por el cual lo hicimos. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir un período específico.

Incluiremos cualquier divulgación que haya ocurrido dentro de los últimos seis años de su solicitud, donde hayamos compartido su información, excepto cuando se trate de actividades relacionadas con su tratamiento, el pago de su tratamiento o la atención médica. Le proporcionaremos la fecha de divulgación, el nombre de la entidad o persona que recibió la información, y una breve descripción de la información divulgada.

Obtenga una copia de este aviso

Nos reservamos el derecho de realizar cambios en este aviso. Los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si hacemos algún cambio, publicaremos el nuevo aviso en todas las sedes y sitios web de Health First. Le proporcionaremos una copia actual al momento de la inscripción, cada año y cuando reciba servicios en cualquier entidad de Health First. Sin embargo, los clientes del plan de salud recibirán este aviso en el momento de la inscripción y no menos de una vez cada tres años. A menos que sea un cliente del plan de salud, tenemos la obligación de pedirle que firme un acuse de recibo de este aviso.

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si acordó recibirlo de forma electrónica. Lo proporcionaremos según lo solicitado.

Podemos proporcionarle este aviso por correo electrónico si ha aceptado recibir notificaciones electrónicas. La ley nos exige que cumplamos con el aviso de privacidad vigente en este momento. Este aviso también está disponible en nuestro sitio web en HF.org.

Presente una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad

Puede presentar una queja directamente ante nosotros si considera que hemos violado sus derechos de privacidad comunicándose por medio de la información disponible al final de este aviso. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para obtener la información de contacto, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

En algunas situaciones, tiene opciones adicionales sobre cómo usamos y compartimos su información. Si tiene alguna preferencia en las situaciones descritas en este documento, infórmenos. Infórmenos lo que quiera que hagamos y seguiremos sus indicaciones siempre respetando la ley.

Puede pedirnos que no hagamos lo siguiente:

Compartir su información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.

También puede pedirnos que no compartamos su información con otras personas para investigaciones sobre la salud (de igual manera podemos usar su información para nuestras propias investigaciones, siempre que cumplamos con la ley).

Nuestras responsabilidades:

- Protegemos su información porque su privacidad es importante para nosotros y porque así lo establece la ley.
- Debemos cumplir con las responsabilidades y las prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- Debemos poner este aviso a su disposición cuando se convierta en cliente y debemos publicarlo en línea en HF.org.
- Conforme a la ley, le informaremos si sucede algún caso de incumplimiento (acceso, uso o intercambio no autorizados) que pueda haber puesto en riesgo la privacidad de su información.

- ° No utilizaremos ni compartiremos su información, excepto según lo incluido en este aviso, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento. Si cambia de opinión, notifíquenos por escrito.
- ° Cuando la ley nos exija que obtengamos su permiso por escrito antes de usar o compartir su información, lo haremos.
- ° No utilizaremos su información genética para decidir si le proporcionaremos cobertura y el precio de esa cobertura.

Dejar de participar en el intercambio de información médica de Health First Medical Group, LLC y Health First Privia Medical Group, LLC ÚNICAMENTE

Health First Privia Medical Group, LLC participa en un intercambio de información médica ("HIE"). Usted tiene derecho a decidir que no se divulguen sus registros médicos a un intercambio electrónico de información médica ("HIE") o a través de este. Sin embargo, la información que se haya enviado a un HIE o a través de este antes de procesar su renuncia puede continuar conservándose y siendo accesible a través del HIE. Debe dejar de participar en las divulgaciones que se hagan a un HIE o a través de este por medio de cada uno de sus proveedores individuales a cargo de su atención que puedan participar en cualquier HIE determinado. Para renunciar, deberá completar el Formulario de solicitud de renuncia al HIE ("Formulario de solicitud") de Health First Privia Medical Group, LLC o comunicarse con el HIE directamente. Para recibir un Formulario de solicitud u otra información sobre el HIE, comuníquese con el consultorio de su médico de

Health First Medical Group, LLC o Health First Privia Medical Group, LLC. Si luego decide que desea volver a participar en el HIE, puede hacerlo enviando el Formulario de reincorporación de la participación ("Formulario de reincorporación") de Health First Privia Medical Group, LLC. Para recibir un Formulario de reincorporación, comuníquese con el consultorio de su médico de Health First Medical Group, LLC o Health First Privia Medical Group, LLC.

Además de comunicarse con el consultorio de su médico, si tiene preguntas sobre el HIE o para recibir el Formulario de solicitud o el Formulario de reincorporación, puede enviar un correo electrónico a privacy@priviahealth.com. Además, para dejar de participar en el HIE, envíe un correo electrónico a medicalrecords@priviahealth.com.

Para obtener información, hacer preguntas o presentar quejas

Puede obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos de privacidad llamando al director responsable de protección de la privacidad de Health First al 321-434-7543. También puede encontrar esta información en Internet en HF.org. A su vez, puede comunicarse con la línea directa de cumplimiento y de la HIPAA de Health First al 1-888-400-4512.

Entrada en vigencia: 1 de abril de 2003.

Revisado: julio de 2016, octubre de 2019, enero de 2020.

¹ Health First Privia Medical Group, LLC es una compañía de responsabilidad limitada adherida a la red de servicios integrada (IDN) de Health First, Inc., pero es propiedad de médicos de la comunidad.

² A efectos de este aviso, Health First Health Plans, Inc., Health First Administrative Plans, Inc., Health First Commercial Plans, Inc., Health First Insurance, Inc. y AdventHealth Advantage Plans de aquí en adelante se denominan "plan de salud".

ACUSE DE RECIBO y ACUERDO: Comprendo y acuerdo regirme por todos los términos, las condiciones y las disposiciones del Contrato. He leído y comprendo esta solicitud, incluidas las condiciones de inscripción. Comprendo que, si esta solicitud es aceptada, será parte del Contrato. Mi firma (ya sea hecha a continuación o presentada electrónicamente) indica mi aceptación de estos términos y que la información ingresada en esta solicitud está completa, es verdadera y correcta.

Al marcar esta casilla e ingresar mi nombre y la fecha abajo, indico mi intención de firmar esta solicitud de manera electrónica y garantizo que toda la información que he brindado es verdadera, precisa y está completa. Confirmando que recibí los formularios requeridos durante el proceso de solicitud.

<p>Nombre en letra de imprenta</p> <p>Solicitante principal</p>		<p>Fecha</p>		<p>X</p>		<p>Firma del solicitante principal</p>
<p>Nombre en letra de imprenta</p> <p>Cónyuge (si solicita la cobertura)</p>		<p>Fecha</p>		<p>X</p>		<p>Firma del cónyuge</p>
<p>Nombre en letra de imprenta</p> <p>Dependiente (requerida si tiene 18 años o más)</p>		<p>Fecha</p>		<p>X</p>		<p>Firma del dependiente</p>
<p>Nombre en letra de imprenta</p> <p>Dependiente (requerida si tiene 18 años o más)</p>		<p>Fecha</p>		<p>X</p>		<p>Firma del dependiente</p>
<p>Nombre en letra de imprenta</p> <p>Dependiente (requerida si tiene 18 años o más)</p>		<p>Fecha</p>		<p>X</p>		<p>Firma del dependiente</p>
<p>Nombre en letra de imprenta</p> <p>Dependiente (requerida si tiene 18 años o más)</p>		<p>Fecha</p>		<p>X</p>		<p>Firma del dependiente</p>

Sección 6: ACUSE DE RECIBO

ES IMPORTANTE QUE REVISE Y COMPRENDA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR. Al presentar una solicitud para recibir beneficios, acuerdo con todos los enunciados que figuran a continuación:

- Declaro que la información presentada en esta solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de cometer fraude, perjudicar o engañar a una aseguradora, presente reclamaciones o solicitudes que contengan información falsa,

incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

- Una vez que los beneficios estén vigentes, dependen del pago correcto y puntual de las primas y de cualquier otro costo compartido como se detalla en la póliza. Si el pago no es correcto y no se realiza puntualmente, mi cobertura finalizará. Si se produce la cancelación por falta de pago, es posible que ya no sea elegible para inscribirme en Health First Health Plans.

Autorización para la firma electrónica

Al marcar esta casilla e ingresar mi nombre abajo, indico mi intención de firmar esta solicitud de manera electrónica y garantizo que toda la información que he brindado es verdadera, precisa y está completa. Confirmando que recibí los formularios requeridos durante el proceso de solicitud.

Nombre en letra de imprenta del solicitante principal

Firma del solicitante principal

Fecha

Sección 7: DECLARACIÓN de RESPONSABILIDAD *Completar si el solicitante no puede o no ha completado la solicitud.*

He leído y completado personalmente la solicitud individual para el solicitante por lo siguiente:

- El solicitante es menor y soy su padre/madre o tutor legal.
- El solicitante tiene un dominio limitado del inglés y no puede completar esta solicitud.
- El solicitante está legalmente incapacitado y no puede completar esta solicitud.

He leído y explicado en detalle el contenido de esta solicitud. Si se tradujo, traduje el contenido de este formulario y, a mi leal saber y entender, obtuve y enuncié toda la información personal solicitada divulgada por _____.

Nombre del apoderado/traductor (en imprenta) Fecha: _____ X _____
Firma del apoderado/traductor

Sección 8: INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

He leído la solicitud y respondido exhaustivamente todas las preguntas. **Las solicitudes incompletas se devolverán.** Verifico que el solicitante ha firmado, ya sea físicamente o electrónicamente, esta solicitud. Iniciales: _____

Nombre de la agencia: _____

Dirección de la agencia: _____

	Calle/n.º de suite	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del agente:	_____	_____	_____	_____
	Imprenta	Fecha	Firma	
Número de teléfono:	_____	Fax: _____	Dirección de correo electrónico: _____	

N.º de NPN: _____

Número de licencia del agente: _____

Sección 9: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE DE HEALTH FIRST HEALTH PLANS (para uso interno exclusivamente)

Nombre en letra de imprenta: _____
Apellido Nombre

Firma: _____ Fecha: _____

N.º de NPN: _____

Número de licencia del agente: _____

Health First Health Plans suscribe mediante Health First Commercial Plans, Inc. Health First Commercial Plans no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual ni estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones sobre la inscripción y los beneficios. Health First acepta no vender jamás su información. Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta expresamente recibir información promocional de los centros de Health First, sus subcontratistas y filiales sobre novedades, eventos, promociones, ofertas especiales y encuestas de satisfacción del paciente. También comprende que tiene derecho a "dejar de participar" en cualquier momento a través de una solicitud enviada como respuesta al correo electrónico. En caso de que exista discrepancia en la versión traducida, prevalecerá la versión en inglés del presente documento.