



## **REQUEST FOR RECORD OF NON-ROUTINE DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

The Health Insurance Portability and Accountability Act allows you to request a record of certain disclosures of your protected health information (PHI). You can request information only about yourself, unless you are authorized to obtain it for another individual.

Upon receiving this request, BrioRx® will report to you all PHI disclosures in the six years prior to the date of your request, except for disclosures made:

- For treatment, payment, or health care operations
- To you or someone legally authorized to act on your behalf
- To anyone pursuant to an authorization form completed and signed by you or your authorized representative
- Incidental use or disclosure otherwise permitted or required

BrioRx must provide the first accounting (record of non-routine disclosures) to you in any 12-month period without charge. For each additional request submitted by you during the same 12 month period, BrioRx may impose a reasonable, cost-based fee for each subsequent request, provided we inform you of the fee and provide you with an opportunity to withdraw or modify your request in order to avoid or reduce the fee.

BrioRx will respond to requests submitted by your authorized representative, such as a parent, court-appointed representative or other family member, provided they are authorized by you to receive your PHI. However, we may ask for more information from you or your authorized representative to verify the right to act on your behalf.

Please note: We can only provide a report of non-routine disclosures made by BrioRx. To request information about routine or other non-routine disclosures, please contact your health or prescription benefit plan directly. We will notify you if we are unable to respond to you within 60 days of receiving your request.

If you have questions about this form, please call the privacy office at **1-877-598-3646**.



## **SOLICITUD DE REGISTRO DE DIVULGACIONES NO RUTINARIAS DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

*La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud le permite solicitar un registro de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Puede solicitar esta información solamente sobre usted, a menos que esté autorizado para obtener la de otra persona.*

*Después de recibir esta solicitud, BriovaRx® le informará todas las divulgaciones de la PHI de los últimos seis años antes de la fecha de su solicitud, excepto divulgaciones realizadas:*

- *Para tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud*
- *A usted o a un tercero legalmente autorizado para actuar en su nombre*
- *A cualquier persona conforme a un formulario de autorización que haya llenado y firmado usted o su representante autorizado*
- *Uso o divulgación incidental permitido o requerido de alguna manera*

*BriovaRx debe brindarle el primer informe (registro de divulgaciones no rutinarias) en cualquier período de 12 meses sin cargo. Por cada solicitud adicional presentada por usted durante el mismo período de 12 meses, BriovaRx puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo por cada solicitud posterior, siempre que se lo informemos previamente y le demos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud para evitar o reducir la tarifa.*

*BriovaRx responderá a las solicitudes presentadas por su representante autorizado (p. ej., su padre o madre, un representante designado judicialmente u otro miembro de la familia) siempre que esté autorizado por usted para recibir su PHI. Sin embargo, es posible que le solicitemos más información a usted o a su representante autorizado para verificar el derecho a actuar en su nombre.*

*Nota: Solamente podemos brindar un informe de las divulgaciones no rutinarias realizadas por BriovaRx. Para solicitar información sobre divulgaciones rutinarias u otras no rutinarias, comuníquese directamente con su plan de beneficios farmacéuticos o de salud. Le notificaremos si no podemos responderle dentro de los 60 días de recibir su solicitud.*

*Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a la oficina de privacidad en **1-877-598-3646**.*

## REQUEST FOR RECORD OF NON-ROUTINE DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION | SOLICITUD DE REGISTRO DE DIVULGACIONES NO RUTINARIAS DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Use this form to request a report from BriovaRx listing non-routine disclosures of your protected health information. When filling out this form, please complete all sections, print information clearly and provide your most current information. Once the request is approved, BriovaRx will mail a report listing all non-routine disclosures of your protected health information to you or your authorized representative. *Use este formulario para solicitar un informe de las divulgaciones no rutinarias que haya hecho BriovaRx de su información de salud protegida. Cuando llene este formulario, complete todas las secciones, escriba en letra de imprenta clara by brinde su información más actual. Una vez que la solicitud sea aprobada, BriovaRx le enviará a usted o a su representante autorizado un informe con todas las divulgaciones no rutinarias de su información de salud protegida.*

**1 Member information | Información sobre el miembro**  
**(please provide current information | proporcione información actual)**

---

Last Name   Apellido	First Name   Nombre	MI   Inicial del 2.º Nombre
Mailing Street Address   Dirección Postal		Apt. #   N.º de Apto.
City   Ciudad	State   Estado	ZIP   Código Postal
Date of Birth (mm/dd/yyyy)   Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Gender   Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Phone Number with Area Code   Número de Teléfono con Código de Área		

**2 Date range of information requested | Intervalo de fechas de la información solicitada**

---

I would like this information for the following dates | *Quisiera obtener esta información para las siguientes fechas:*

From (mm/dd/yyyy) | *Desde (mm/dd/aaaa)* \_\_\_\_\_ to (mm/dd/yyyy) | *hasta (mm/dd/aaaa)* \_\_\_\_\_

Six years prior to the date of this request | *Seis años antes de la fecha de esta solicitud*

Please note: BriovaRx can provide a report covering a maximum of six years prior to the date we receive this request. | *Nota: BriovaRx puede brindar un informe que cubra un máximo de seis años antes de la fecha en que recibamos esta solicitud.*

**3 Member/authorized representative signature | Firma del miembro/representante autorizado**

I authorize the release of my protected health information to be sent to me; to others as directed in a signed authorization; or to others authorized to act on my behalf, at the address stated in Section 1 of this form. I understand that this request does not apply to certain types of disclosures, including for treatment, payment or health care operations. *I autorizo que mi información de salud protegida se me envíe a mí; a otros según lo establecido en una autorización firmada; o a otros autorizados a actuar en mi nombre, a la dirección que se indica en la Sección 1 de este formulario. Entiendo que esta solicitud no se aplica a ciertos tipos de divulgaciones, entre ellas, tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud.*

X \_\_\_\_\_ Date | Fecha  
Member | Firma del Miembro

X \_\_\_\_\_ Date | Fecha  
Authorized Representative Signature (if applicable) | Firma del Representante Autorizado (si corresponde)

**Important: If legal documentation is not on file with BriovaRx, the authorized representative, including the parent, legal guardian, or executor of an estate, must attach a copy of legal documentation to this form.**  
**Importante: Si BriovaRx no tiene archivada ninguna documentación legal, el representante autorizado (p. ej., el padre o la madre, el tutor legal o el albacea de un patrimonio) debe adjuntar una copia de la documentación legal a este formulario.**

Authorized Representative's Name | Nombre del Representante Autorizado

Phone Number with Area Code | Número de Teléfono con Código de Área

Mailing Street Address | Dirección Postal Apt. # | N.º de Apto.

City | Ciudad State | Estado ZIP | Código Postal

Relationship to Member and Authority to Act for Member | Relación con el Miembro y Autoridad para Actuar por el Miembro

**Please mail the completed form to | Llène y envíe el formulario por correo a:**

**BriovaRx  
Privacy Office  
17900 Von Karman,  
Mail Stop: CA016-0102  
Irvine, CA 92614**

**4 or fax to | o fax al: 1-888-905-9490.**