

Request to Access Protected Health Information

Information Requested

- a) I request records from the following Walmart Health and Walmart Health Virtual Care providers:
- Medical
 - Dental
 - Optometry (prior to Feb 11, 2023)
 - Behavioral (consultation available upon request)
 - Other: _____

- b) I request copies of the following Protected Health Information (PHI):
- Medical Expense Summary (list of all medical expenses)
 - Designated Record Set (entire medical record maintained by the Walmart Health provider(s))
 - Other: _____

- c) For the following dates of service: (indicate specific treatment dates or date ranges): _____

- d) I request copies in the following format:
- printed copy – mailed to: _____

- electronic copy. Provide email address: _____

A login code and password will be sent to the email address you provide. These will allow you to access your PHI electronically through a secure website.

What is the Purpose of the Request?

This form allows you to request your Protected Health Information (“PHI”) that is maintained by the Walmart Health and Walmart Health Virtual Care provider(s) noted above. You and your personal representative have a right to request a copy of your PHI maintained by a Walmart Health and Walmart Health Virtual Care provider. We must review your request before it can be fulfilled. The request may be denied by the Walmart Health provider under certain circumstances. Your request will be acted upon within 30 days unless the Walmart Health provider provides notification in writing that an extension of up to 30 days is needed.

What is Your Relationship to the Patient?

- Self Parent of Minor Patient Other/Personal Representative*

*If you are requesting a copy of a patient’s PHI and you are not the patient or a parent of a minor patient, then you must attach to this form one of the following documents: (1) a valid “Authorization to Release PHI” form completed and signed by the patient, or (2) a document that verifies your authority to access the patient’s records as the patient’s Personal Representative (e.g., letter or order of guardianship, healthcare power of attorney).

Patient Information

***Required Fields: Patient’s Full Name, Date of Birth, and Address**

Patient Name (last, first, middle initial): _____ Date of Birth (mm/dd/yyyy): _____

Address: _____ Alternate Name: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____

Signature and Date

I understand that I am allowed to have access to these records and that the information will be provided to me in either hardcopy or electronic form. If I am denied access/inspection to these records, I understand that I may appeal the denial to the HIPAA Compliance at 2608 SE J Street, Mailstop 0230, Bentonville, AR 72716-0230. Behavioral health records may contain sensitive information and there are times a provider may want to meet with you to assist with content clarification, provide you with an opportunity to ask additional questions, and offer any additional support that may be needed when reviewing the records. Should this need arise regarding your record request, we will collaborate with you to schedule a meeting. Declining to meet with a provider will not impact the release of records.

If you wish to schedule a consultation, please indicate here:

Signature of Patient or Personal Representative: _____ Date: _____

If you have signed this form as a legally authorized representative of the Patient, please print your name and relationship to the Patient below.

Name of Personal Representative (please print) _____

Relationship to Patient (parent, legal guardian, etc.) _____

- Check this box if the patient is deceased

Patients, Parents of Minors, or Personal Representatives may give this completed form to a Walmart Health team member or mail the completed form to Walmart Health HIPAA Compliance at 2608 SE J Street, Mailstop 0230, Bentonville, AR 72716-0230.

For Team Members Only:

Complete this section if someone other than the patient or a minor patient’s parent requests records.

Team member name: _____

Legal Document Provided (e.g., power of attorney or guardianship papers): _____

Team member signature: _____

Submit this form and any legal documents as directed in WH-POLICY-4301 Right to Access PHI.

Solicitud de Acceso a Información de Salud Protegida

Información Solicitada

- a) Solicito registros de los siguientes proveedores de atención médica de Walmart Health y Walmart Health Virtual Care:
- Médico
 - Dental
 - Óptico (antes del 11 de febrero de 2023)
 - Conductual (consulta disponible bajo petición)
 - Otro: _____
- b) Solicito copias de la siguiente Información de Salud Protegida (PHI):
- Resumen de Gastos Médicos (lista de todos los gastos médicos)
 - Conjunto de Registros Designados (registro médico completo mantenido por los proveedores de atención médica de Walmart Health)
 - Otro: _____
- c) Para las siguientes fechas de atención: (indique las fechas específicas de tratamiento o rangos de fechas)
- _____
- _____
- d) Solicito copias en el siguiente formato:
- copia impresa enviada por correo a: _____
 - copia electrónica. Proporcione la dirección de correo electrónico: _____

Se enviará un código de inicio de sesión y una contraseña a la dirección de correo electrónico que proporcione. Esto le permitirá acceder a su Información de Salud Protegida (PHI) electrónicamente a través de un sitio web seguro.

¿Cuál es el Propósito de esta Solicitud?

Este formulario le permite solicitar su Información de Salud Protegida ("PHI") que mantiene el proveedor de atención médica de Walmart Health y Walmart Health Virtual Care indicado anteriormente. Usted y su representante personal tienen derecho a solicitar una copia de su PHI mantenida por un proveedor de Walmart Health y Walmart Health Virtual Care. Debemos revisar su solicitud antes de que pueda ser cumplida. La solicitud puede ser denegada por el proveedor de Walmart Health en ciertas circunstancias. Su solicitud será presentada dentro de 30 días, a menos que el proveedor de Walmart Health le notifique por escrito que se necesita una extensión de hasta 30 días.

¿Cuál es Su Relación con el Paciente?

Yo mismo Padre o Madre del Paciente Menor Otro/Representante Personal*

* Si está solicitando una copia de la PHI de un paciente y usted no es el paciente o padre del paciente menor, debe adjuntar a este formulario uno de los siguientes documentos: (1) un formulario válido de "Autorización para Liberar PHI" completado y firmado por el paciente, o (2) un documento que verifique su autoridad para acceder a los registros del paciente como su Representante Personal (por ejemplo, carta u orden de tutela, poder legal de atención médica).

Información del Paciente

*Campos Obligatorios: Nombre Completo, Fecha de Nacimiento y Dirección del Paciente

Nombre del Paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección: _____ Nombre Alternativo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Firma y Fecha

Entiendo que se me permite tener acceso a estos registros y que la información se me proporcionará en forma impresa o electrónica. Si se me niega el acceso o la inspección de estos registros, entiendo que puedo apelar la negación a Cumplimiento de HIPAA en 2608 SE J Street, Mailstop 0230, Bentonville, AR 72716-0230. Los registros de salud conductual pueden contener información confidencial y hay ocasiones en que un proveedor de atención médica podría querer reunirse con usted para ayudarlo a aclararla, darle la oportunidad de hacer preguntas adicionales y brindarle apoyo adicional que pueda ser necesario al revisar los registros. Si surge esta necesidad con respecto a su solicitud de registros, colaboraremos con usted para programar una consulta. Negarse a reunirse con un proveedor de atención médica no afectará la entrega de los registros.

Si desea programar una consulta, por favor, indíquelo aquí:

Firma del Paciente o Representante Personal: _____ Fecha: _____

Si ha firmado este formulario como representante legal autorizado del Paciente, por favor escriba su nombre y relación con el Paciente a continuación. Nombre del Representante Personal (en letra de imprenta) _____

Relación con el Paciente (padre, madre, tutor legal, etc.) _____

Marque esta casilla si el paciente ha fallecido

Los Pacientes, Padres de Menores o Representantes Personales pueden entregar este formulario a un miembro del equipo de Walmart Health o envíe el formulario completo por correo a Walmart Health HIPAA Compliance at 2608 SE J Street, Mailstop 0230, Bentonville, AR 72716-0230.

Solo para miembros del equipo:

Complete esta sección si otra persona que no es el paciente o el padre de un paciente menor solicita los registros.

Nombre del miembro del equipo: _____

Documento Legal Proporcionado (por ejemplo, carta poder o documentos de tutela): _____

Firma del miembro del equipo: _____

Presente este formulario y cualquier documento legal como se indica en POLÍTICA-WH-4301 Derecho de Acceso a la PHI.