



## Solicitud de un Informe de Divulgaciones Información de Salud Protegida

### Información de Identificar de Persona Cuyos Revelaciones se Solicitan

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

La divulgación de su Número de Seguro Social no es obligatoria. La Agencia para la Administración de Salud puede solicitar su Número de Seguro Social de acuerdo con la Sección 119.071, Estatutos de la Florida. Si se proporciona, la Agencia utilizará su información con el propósito de encontrar la información solicitada.

ID de Medicaid o Número de Tarjeta Oro: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Identifique el período de tiempo específicas solicitado.

Proporcione los datos *específicos* solicitados.

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO PENA DE LEY QUE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Autoridad Legal si es Diferente a la Persona: \_\_\_\_\_

**Si usted es un representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, poder documentos de tutela, formulario de sustitución de atención médica, Orden de nombramiento de Representante Personal, Cartas de Administración).**



# Solicitud de un Informe de Divulgaciones Información de Salud Protegida

## Su Derecho a un Informe de Divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de la información de salud protegida sobre usted que la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud tiene en sus registros. You may submit your request directly to the Privacy Officer at the address given at the bottom of this page or to your Field Office, which will forward it to the Privacy Officer.

Su derecho a un informe de divulgaciones no incluye: Divulgaciones con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; Divulgaciones hechas a usted de su propia información de salud protegida; Divulgaciones que fueron incidentales a un uso o divulgación que de otra manera está permitido o requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA); Divulgaciones que usted autorizó se hacen; Divulgaciones hechas a personas involucradas en su cuidado o con fines de ayuda en desastres; Divulgaciones para fines de seguridad nacional o inteligencia; Divulgaciones a instituciones correccionales o agentes de la ley, por un período de tiempo limitado si así lo solicita la institución o el agente del orden público; Divulgaciones que son parte de un conjunto de datos limitado; Divulgaciones hechas más de seis (6) años antes de su solicitud de un informe de divulgaciones.

Tiene derecho a recibir una lista de divulgaciones dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha en que la Agencia reciba su solicitud. Si no se puede acceder a la información (por ejemplo, la información se ha almacenado) y habrá un retraso para obtener la información, se le informará la razón del retraso y la fecha en que recibirá su información. La demora no puede ser de más de treinta (30) días.

Su primera solicitud de un informe de divulgaciones en un período de doce meses es gratuita. Se le puede cobrar una tarifa para cubrir los gastos de producción, copia y envío de la información por una solicitud adicional dentro del mismo período de doce meses. Se le notificará el monto del gasto por adelantado.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud de un informe de las divulgaciones de su información de salud protegida, llame o escriba a:

**Privacy Officer**  
**Agency for Health Care Administration**  
**2727 Mahan Drive, Mail Stop #4**  
**Tallahassee, Florida 32308**  
**Phone: 850-412-3960 FAX: 850-414-6837**  
**[HIPAAComplianceOffice@AHCA.MyFlorida.com](mailto:HIPAAComplianceOffice@AHCA.MyFlorida.com)**