



Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

<p>Tenga en cuenta que los reglamentos de Medicaid restringen el uso y la divulgación de información relativa a los solicitantes y los beneficiarios de Medicaid para fines directamente relacionados con la administración del Plan Estatal de Medicaid (véase Código de los Estados Unidos 42-1396(a)(7)).</p>			
<p>Sírvase proporcionar la siguiente información acerca de Medicaid de la persona cuyos registros se deben divulgar.</p>			
Nombre		Fecha de Nacimiento	
Teléfono		Número de Seguro Social	
<p>La divulgación de su Número de Seguro Social no es obligatoria para los fines de completar este formulario. Sin embargo, la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud podrá solicitar su Número de Seguro Social conforme a la Sección 119.071, Estatutos de la Florida. Si usted decide proveer su Número de Seguro Social según lo solicitado, la Agencia utilizará su información para efectos de encontrar la información requerida.</p>			
Número de identificación de Medicaid o Número de Tarjeta de Color Oro			
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal
<p>Yo autorizo a la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud a divulgar la información de salud que se enumera a continuación con la siguiente persona(s), grupo o entidad:</p>			
<p>Describa la información <i>específica</i> que usted está dando el permiso para que la Agencia divulgue (por ejemplo: un informe que muestra los servicios de atención médica que Medicaid ha pagado a partir de Mayo de 2008 a Octubre del 2008):</p>			
<p>La información descrita anteriormente se debe divulgar para los siguientes fines (por ejemplo: el tratamiento de mi condición de salud o para la representación legal en un pleito de negligencia médica):</p>			
Por favor, especifique la fecha que desee que esta autorización expire (autorización expirará en un año si no se proporciona la fecha)		Fecha De Expiración	
<p>Entiendo que la información anteriormente descrita puede ser distribuida a la persona o grupo a quien estoy dando permiso a la Agencia y, por tanto, al revelar mi información ya no pueden ser protegidos por los reglamentos federales de privacidad. Entiendo que puedo inspeccionar o solicitar copias de cualquier información divulgada por esta autorización si la Agencia ha iniciado esta solicitud de divulgación. Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación por escrito a la Agencia con el entendimiento de que la información divulgada anteriormente no estaría sujeta a la revocación de mi solicitud. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que el no firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago de servicios de atención de salud o elegibilidad para recibir beneficios.</p>			
<p><u>Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al Oficial de Privacidad de la Agencia o completando la sección de revocación en la segunda página de este formulario y enviarla a la dirección de el Oficial de Privacidad.</u></p>			
Firma		Fecha	
<p>Si la información que solicita no es acerca de usted o es de un menor de edad, por favor complete la siguiente sección. Si usted es un representante legal de la persona cuya información se solicita, usted debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal. (Por ejemplo: un formulario de autorización, poder de abogado, documentos de tutela, Orden de Corte o Cartas de Administración).</p>			
Firma del Representante Legal			
Representante Legal (Nombre en letra de molde)			
Relación del Representante Legal		Fecha	

Instrucciones para completar la Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

1. Complete la primera página de este formulario y devuélvalo a: HIPAA Privacy Officer, Agency for Health Care Administration, 2727 Mahan Dr., Mail Stop #5, Tallahassee, FL 32308, Phone: 850-488-3849.
2. Si el firmante es un representante legal, tutor, o tiene el poder de abogado, la documentación de la autoridad legal para actuar en nombre de la persona cuya información se debe divulgar deberá adjuntarse con la autorización. Si una agencia tiene la custodia de un niño el representante de la agencia deberá incluir una copia de la orden de custodia.
3. Tipos especiales de información de la salud tienen leyes específicas y normas que deben seguirse antes de que la información pueda ser divulgada:

VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS): Toda la información sobre el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual está protegida bajo las leyes federales y estatales y no puede ser revelada sin su autorización por escrito a menos que se disponga en el reglamento de Medicaid. Para divulgar información sobre el VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual, esta autorización debe incluir una declaración dando permiso a la Agencia para divulgar la información del VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual. La divulgación de información sobre VIH/SIDA no está permitida, excepto en el cumplimiento de la ley o con su permiso por escrito.

El tratamiento de drogas o alcohol: Los registros de tratamientos de alcohol y/o de drogas están protegidos por leyes federales, estatales y los reglamentos de Medicaid y no pueden ser revelados sin su autorización por escrito, a menos que las leyes federales, estatales o los reglamentos de Medicaid lo permitan. Para divulgar la información sobre el tratamiento de alcohol y/o drogas, la autorización debe incluir una declaración de la información específica que usted está dando el permiso a la Agencia para divulgar (por ejemplo: "A los efectos de mi evaluación, plan de tratamiento, asistencia, o plan de gestión"). Distribución de los registros de tratamiento de alcohol y/o drogas no está permitido, excepto en el cumplimiento de la ley o con su permiso por escrito (véase 45 CFR Parte 2).

Tratamiento de salud mental: Los registros de tratamiento de salud mental están protegidos por leyes federales, estatales y los reglamentos de Medicaid y no pueden ser revelados sin su autorización por escrito a menos que se permita por las leyes federales, estatales o los reglamentos de Medicaid. Para divulgar información sobre el tratamiento de salud mental, esta autorización debe incluir una declaración de la información específica que usted está dando el permiso a la Agencia para divulgar (por ejemplo, "A los efectos de mi evaluación, plan de tratamiento, asistencia, o plan de gestión".) Divulgación de las notas de sus necesidades psicoterapeuta necesitarán permiso por escrito. La divulgación de su tratamiento de salud mental no se permite con excepción de el cumplimiento de la ley o con su permiso por escrito.

Revocación de la autorización			
Para revocar su autorización, por favor complete la siguiente sección y envíe el formulario al Oficial de Privacidad a la dirección indicada anteriormente. El uso de este formulario para revocar su autorización es opcional, pero su solicitud de revocación de autorización debe ser por escrito.			
Nombre		Fecha de Nacimiento	
Teléfono		Número de Seguro Social	
Número de identificación de Medicaid o Número de Tarjeta de Color Oro			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Por la presente revoco mi autorización para que la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud divulgue mi información protegida de salud a la siguiente persona (s), grupo o entidad:			
Firma		Fecha	
Si la información que solicita no es acerca de usted o es de un menor de edad, por favor complete la siguiente sección. Si usted es un representante legal de la persona cuya información se solicita, usted debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal. (Por ejemplo: un formulario de autorización, poder de abogado, documentos de tutela, Orden de Corte o Cartas de Administración).			
Firma del Representante Legal			
Representante Legal (Nombre en letra de molde)			
Relación del Representante Legal		Fecha	