



Solicitud de Acceso a la Información de Salud Protegida

<p>Tenga en cuenta que nuestra organización mantiene registros de los pagos de Medicaid a los proveedores de atención médica por un período de siete años. La agencia <u>no tiene</u> copias originales de los expedientes médicos tales como las notas del médico, radiografías o resultados de las pruebas de sangre. Para obtener copias de registros médicos originales tendrá que solicitarlas al proveedor de servicios de salud.</p>				
<p>Por favor proveer la siguiente información de Medicaid de la persona cuyos registros se solicitan.</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 la Tarjeta Color Oro				
Dirección				
Ciudad		Estado		Código Postal
<p>Describa la información <i>específica</i> que solicita y el período de tiempo que cubre la información. (Por ejemplo: un informe que muestra los servicios de atención médica que Medicaid haya pagado):</p>				
Intervalo (Por ejemplo: a partir de Mayo del 2008 a Octubre del 2008)	Desde		Hasta	
<p>Por favor, marque la opción "Inspeccionar" sólo si desea inspeccionar la información en persona. De lo contrario, le enviaremos la información a usted.</p>				Inspeccionar <input type="checkbox"/>
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				
Nombre del Representante Legal (letra de molde)				
Relación del Representante Legal			Fecha	

Su Derecho de Acceso a su Información Médica Protegida

Usted tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información protegida de salud que es mantenida por la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud ("la Agencia") dentro de los 30 días una vez la Agencia haya recibido su solicitud. Puede presentar su solicitud directamente al Oficial de Privacidad a la dirección indicada en la parte inferior de esta página o a su Oficina de Área de Medicaid, que la remitirá al Oficial de Privacidad.

Si la información no es accesible fácilmente, usted tiene el derecho de ver u obtener una copia de su información dentro de los 60 días a partir de la fecha que la Agencia haya recibido su solicitud. Si hay más demoras en la información, se le indicará la razón del retraso y la fecha cuando usted recibirá su información.

Usted tiene el derecho a recibir la información en la forma y el formato que usted solicita. Si la Agencia no puede producirlo en esa forma o formato, se le dará la información en una copia legible impresa u otra forma o formato que usted y la Agencia estén de acuerdo. Si está de acuerdo, la Agencia puede proporcionar un resumen de la información o explicación de la información.

La Agencia se encargará de proveer una hora conveniente para que usted vea su información u obtener una copia en cualquiera de las Oficinas Regionales o en la Oficina Central con sede en Tallahassee, Florida. La Agencia también podrá enviar la información por correo electrónico o por fax.

Se le podría cobrar una cuota para cubrir el costo de producir, copiar y enviar la información por correo. Los costos actuales son 15 centavos por página de una sola cara, 20 centavos por páginas a doble cara, correo, y un costo de producción si la solicitud requiere un amplio uso de la tecnología de la información o la asistencia extensiva de recursos administrativos o de supervisión del personal de la Agencia. Usted será notificado de la cantidad de los gastos por adelantado.

La Agencia no puede dar acceso a las notas de la psicoterapia, cierta información que se utilice en un proceso legal, y algunos resultados de las pruebas de laboratorio. Se mantiene un registro de períodos de tiempo determinados conforme a la ley. Si su solicitud se refiere a la información más allá del momento en que la Agencia tiene la obligación de mantener el registro la información puede que no esté disponible.

La Agencia podrá negarle el acceso a su información por determinadas razones, incluyendo si alguien que no sea un proveedor de servicios de salud diere la información a la Agencia en virtud de la promesa o condición de la confidencialidad.

Su solicitud puede ser denegada si la Agencia determina que el acceso a su información podría ser perjudicial para usted o para los demás. Usted tiene el derecho de solicitar que la razón de denegación sea revisada.

Si la Agencia le niega el acceso a la totalidad o parte de su información de salud, la Agencia le enviará el motivo de la denegación, le informará si tiene derecho a que la denegación sea revisada y cómo solicitar una revisión.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener acceso a su información protegida de salud, llame o escriba a:

HIPAA Privacy Officer
Agency for Health Care Administration
2727 Mahan Dr., Mail Stop #5
Tallahassee, FL 32308
850-488-3849

Si usted necesita verificación de su elegibilidad de Medicaid actual o pasada, por favor llame a su Oficina de Área de Medicaid y pedir un Certificado de Cobertura Acreditado.

Si usted ya no es elegible para Medicaid y quisiera volver a solicitar beneficios de Medicaid o de otro tipo de asistencia pública como las estampillas de alimentos o WIC, por favor llame al Departamento de Niños y Familias al 866-762-2237.