



Solicitud de Restricción de Información de Salud Protegida

La ley federal dice que usted tiene el derecho de solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud protegida. La Agencia no está obligada a aceptar una restricción.

Información de Identificación de Persona Cuyos Registros se Solicitan

Nombre de la Persona: _____ SSN: _____

La divulgación de su Número de Seguro Social no es obligatoria. La Agencia para la Administración de Cuidado de la 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 la Información que Debe Restringirse o la(s) Persona(s) Para Solicitar el Acceso Restringido a

Solicito que la Agencia para la Administración de Atención Médica restrinja el uso y la divulgación de mi información de salud protegida con respecto a la (s) siguiente (s) persona (s): proporcione los nombres de los miembros de la familia, amigos, familiares, etc. involucrados en su atención o pago de su cuidado y para quienes NO quiere que la Agencia divulgue información:

Solicito que la Agencia para la Administración de Atención Médica restrinja el uso y la divulgación de mi información de salud protegida de la siguiente manera (s):

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).



Su Derecho a Restringir su Información de Salud Protegida

Usted tiene derecho a solicitar la restricción a ciertos usos y divulgaciones de la información de su salud protegida que se encuentra en los registros de la Agencia de Administración de Cuidado de Salud. Puede solicitar restricciones a usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica; información a personas involucradas en su cuidado; e información para el alivio de desastres. Puede enviar su solicitud directamente al Funcionario de Privacidad a la dirección que se encuentra al final de esta página o a su Oficina de Campo, que lo reenviará al Oficial de Privacidad.

La Agencia no está obligada a aceptar la restricción. Si necesita tratamiento de emergencia, y la información restringida es necesaria para proporcionar el tratamiento de emergencia, la Agencia puede divulgar esta información.

La Agencia puede rescindir su acuerdo con una restricción si:

- Usted solicita la terminación; o
- La Agencia le informa que está terminando con el acuerdo de restricción. Una terminación solo se aplicará a la información de salud protegida que la Agencia crea o recibe después de que le informó sobre la terminación de la restricción.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo restringir 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

Revocación de la Autorización			
<p>NO COMPLETE SI ESTA ES UNA NUEVA RESTRICCIÓN. Para CANCELAR su restricción, complete la siguiente sección y envíe el formulario al Oficial de Privacidad a la dirección indicada anteriormente.</p> <p>La divulgación de su número de seguro social no es obligatoria. La Agencia para la Administración de Atención Médica puede solicitar su Número de Seguridad Social de conformidad con la Sección 119.071 de los Estatutos de la Florida.</p>			
Nombre		Fecha de Nacimiento	
Teléfono		Social Security Number	
Medicaid ID o Número de Tarjeta Oro			
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal
<p>Por la presente revoco mi restricción para que la Agencia para la Administración de la Salud divulgue mi información médica protegida a la(s) siguiente(s) persona(s), grupo o entidad:</p>			
Firma		Fecha	
<p>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, una authorization, poder documentos de tutela, formulario de sustitución de atención médica, Orden de nombramiento de Representante Personal, Cartas de Administración).</p>			
Representante Legal (Firma)			
Representante Legal (Nombre Impreso)			
Relacion del representante legal		Fecha	