



Solicitud de Acceso a la Información de Salud Protegida

Tenga en cuenta que la Agencia para la Administración de Atención Médica (Agencia) mantiene registros de los pagos de Medicaid hechos a proveedores de atención médica por un período de siete años. La agencia no mantiene copias reales de registros médicos como notas médicas, radiografías o resultados de análisis de sangre. Para obtener copias de los registros médicos reales, deberá solicitarlos asu (sus) proveedor (es) de atención médica.

Información de Identificar 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 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: _____

Información que indentifica los registros específicos solicitados (check all that apply)

Reclamos Pagados Reclamos Negados Todas las Reclamaciones (Pagadas y Denegadas)

Otro: _____

Proporcionar las fechas específicas del servicio solicitado. Desde: _____ Hasta: _____

Este formulario incluye específicamente una publicación de documentos relacionados con condiciones de salud delicadas que incluyen: abuso de drogas, alcohol o sustancias, tratamiento psicológico o psiquiátrico, anemia falciforme, control de la natalidad o planificación familiar, enfermedades o exámenes genéticos, tuberculosis y VIH / SIDA o ETS.

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 Acceso a la Información de Salud Protegida

Complete este formulario y devuélvalo 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

Email: HIPAAComplianceOffice@AHCA.MyFlorida.com

Su Derecho a Acceder a su Información de Salud Protegida

Tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información de salud protegida sobre usted que mantiene la Agencia para la Administración de Atención Médica (Agencia) dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por parte de la Agencia. Puede enviar su solicitud directamente al Oficial de Privacidad a la dirección que figura en la parte superior de esta página.

Si la información no es fácilmente accesible, usted tiene el derecho mirar o obtener una copia de su información en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que la Agencia recibió su solicitud. Si hay retrasos adicionales en darle la información, se le informará la razón de la demora y la fecha en que recibirá su información.

Usted tiene derecho a recibir la información en la forma y formato que usted solicite. Si la Agencia no puede producirla en esa forma o formato, ésta le proporcionará la información en un formato impreso legible u otro forma formato en el que usted y la Agencia acuerden. Si usted está de acuerdo, la Agencia puede proporcionarle un resumen de la información o explicación de la información.

La Agencia dispondrá un tiempo conveniente para que pueda ver su información o obtener una copia en la sede de la Agencia en Tallahassee, Florida. La Agencia también puede enviar por correo electrónico o fax. Es posible que se le cobre una tarifa para cubrir los gastos de producir, copiar y enviar por correo la información. Los honorarios actuales son 15 centavos por página de un solo lado, 20 centavos por páginas de doble cara, franqueo y una tarifa de producción si la solicitud requiere un uso extensivo de recursos de tecnología o una amplia asistencia de oficina o de supervisión por parte del personal de la Agencia. Se le notificará la cantidad total por adelantado.

La Agencia no puede darle acceso a notas de psicoterapia, cierta información que se utiliza en un procedimiento legal y ciertos resultados de pruebas de laboratorio. Los registros se mantienen por períodos de tiempo especificados según la ley. Si su solicitud cubre información más allá del tiempo que la Agencia debe mantener el registro, la información puede no estar disponible.

La Agencia puede denegarle el acceso a su información por ciertos motivos, incluyendo si alguien que no es un proveedor de atención médica le dio la información a la Agencia bajo la promesa o condición de confidencialidad. Su solicitud puede ser denegada si la Agencia determina que el acceso a su información podría ser perjudicial para usted u otras personas. Usted tiene el derecho de solicitar que una negación por esta razón sea revisada.

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

Si necesita verificar su estado de elegibilidad de Medicaid actual o anterior, llame a Medicaid al 877-254-1055.

Si necesita solicitar / volver a solicitar beneficios de Medicaid u otra asistencia pública, como cupones de alimentos o WIC, o si necesita actualizar su dirección de Medicaid, llame al Departamento de Niños y Familias al 866-762-2237.