



Solicitud para Recibir Comunicaciones Confidenciales en una Ubicación Alternativa

La ley federal dice que usted tiene el derecho de solicitar que la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud se comunique con usted en un lugar diferente o por un medio diferente si cree que estaría en peligro si su información de salud fue enviada a su dirección actual.

Información de Identificación de la 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 Servicios 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: _____

Solicito que la Agencia para la Administración de Servicios de Salud envíe mi información de salud a la siguiente dirección o por los siguientes medios.

A La Atención De: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Medios alternativos de comunicación: _____

Divulgación de la totalidad o parte de esta información a mi dirección actual oa través de medios presentes:

(Marque uno) me pondrá en peligro.

no me pondrá en peligro.

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 sujeta a esta solicitud, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para hacer esta solicitud (por ejemplo, poder documentos de tutela, formulario de sustitución de atención médica, Orden de nombramiento de Representante Personal, Cartas de Administración).



Solicitud para Recibir Comunicaciones Confidenciales en una Ubicación Alternativa

Su Derecho a la Comunicación Confidencial

Usted tiene el derecho de solicitar que la Agencia para la Administración de Cuidado de la Salud se comunique con usted en un lugar diferente o por un medio diferente si cree que estaría en peligro si su información de salud fue enviada a su domicilio. Usted puede enviar su solicitud directamente al Oficial de Privacidad en la dirección que se le da al final de esta página o a su sucursal on los registros, la cual lo remitirá al Oficial de Privacidad.

Si recibe Medicaid y le gustaría que se cambiara su dirección postal de Medicaid, debe pedirle a la Agencia que determinó su elegibilidad (Departamento de Niños y Familias, Seguro Social Administración u otra Agencia) para cambiar su dirección de correo de Medicaid. La Agencia para la Administración de Servicios de/que Salud no puede cambiar su dirección postal de Medicaid.

La Agencia atenderá las solicitudes razonables.

Si tiene alguna pregunta sobre comunicación confidencial, llame o escriba al:

**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**