



Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida y Selección de Planes de Atención Administrada

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 (AHCA o Agencia) 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 solo con el propósito de encontrar la información solicitada.

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Medicaid o de Tarjeta Dorada : _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Proporcione las fechas *específicas* del servicio incluido. Desde: _____ Hasta: _____

Propósito de esta divulgación: _____

Fecha en que desea que la autorización se expire (vence en un año si no se proporciona ninguna fecha): _____

Nombre del Representante: _____

(Nombre en letra de molde)

Autorizo a la (s) persona (s) mencionada (s), grupo o entidad a seleccionar o cambiar mi plan de atención médica administrada con la Agencia. Entiendo que parte de mi información médica protegida podría discutirse en este proceso de selección.

Autorizo a la (s) persona (s) mencionada (s), grupo o entidad para que hablen verbalmente temas específicos con AHCA:

Los temas *específicos* para discutir son: _____

Entiendo lo siguiente: Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al Oficial de Privacidad de la Agencia o completando la sección de revocación en la segunda página de este formulario y enviándola a la dirección indicada para el Oficial de Privacidad de la Agencia. Entiendo que cualquier información divulgada previamente no estaría sujeta a mi solicitud de revocación. La información descrita anteriormente puede volver a divulgarse por la persona o grupo al que le doy permiso a la Agencia para divulgarla, por lo tanto, es posible que mi información ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de privacidad. Puedo inspeccionar o solicitar copias de cualquier información revelada por esta autorización si la Agencia inició esta solicitud de divulgación. Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago por servicios de atención médica, o elegibilidad para recibir beneficios.

Este formulario incluye específicamente la autorización para proporcionar documentos relacionado con condiciones de salud delicadas, incluido: abuso de drogas, alcohol o sustancias, tratamiento psicológico o psiquiátrico, anemia de células falciformes, control de la natalidad o planificación familiar, enfermedades o exámenes genéticos, tuberculosis y VIH/SIDA o ETS. **Para restringir la información confidencial, consulte la página 2.**

DECLARO BAJO PENA DE LEY QUE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Autoridad Legal (si es una Persona Diferente): _____

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 Notarial, documentos de Custodia Legal, formulario de sustitución de atención médica, Orden de nombramiento de Representante Personal, Cartas de Administración).



Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida y Selección de Planes de Atención Administrada

Instrucciones para Completar este Formulario

- Complete la primera página de este formulario y devuélvala a: **Medicaid Helpline Unit, Agency for Health Care Administration, P.O. Box 5197 Tallahassee, FL 32314. Fax 850-402-4678, Correo Electrónico: flenrollmentrequest@automatedhealth.com.**
- La información de salud tiene tipos especiales de leyes y reglas específicas que deben ser seguidas antes de que la información pueda ser revelada:

VIH / SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS): Toda la información sobre el VIH / SIDA y las enfermedades de transmisión sexual está protegida por las leyes federales y estatales y no se puede divulgar sin su autorización escrita a menos que se establezca lo contrario. Para divulgar información sobre el VIH / SIDA o ETS, esta autorización debe incluir una declaración de la información específica sobre el VIH / SIDA o ETS que le está dando permiso a la Agencia para divulgar. No se permite volver a divulgar la información sobre el VIH / SIDA, excepto en cumplimiento de la ley o con su permiso por escrito. **PARA NO INCLUIR esta información, coloque sus iniciales aquí _____**

Tratamiento de alcohol o drogas: Los registros de tratamiento de alcohol y / o drogas están protegidos por las leyes y regulaciones federales y estatales y no pueden divulgarse sin su autorización por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las leyes o reglamentos federales y estatales. Para divulgar información sobre el tratamiento de alcohol y / o drogas, esta autorización debe incluir una declaración de la información específica que le está dando permiso a la Agencia para divulgar (por ejemplo, "A los fines de mi evaluación, plan de tratamiento, asistencia o plan de alta.") No se permite volver a divulgar sus registros de tratamiento de alcohol y / o drogas, excepto en cumplimiento de la ley o con su permiso por escrito (consulte 45 CFR Parte 2). **PARA NO INCLUIR esta información, coloque sus iniciales aquí _____**

Tratamiento de salud mental: los registros de tratamiento de salud mental están protegidos por las leyes y regulaciones federales y estatales y no pueden divulgarse sin su autorización escrita a menos que se permita lo contrario en las leyes o reglamentos federales o estatales. Para divulgar la información del tratamiento de salud mental, esta autorización debe incluir una declaración de la información específica a la que le está dando permiso a la Agencia para divulgar (por ejemplo, "A los fines de mi evaluación, plan de tratamiento, asistencia o plan de alta.") La divulgación de las notas de su psicoterapeuta necesita un permiso escrito por separado. No se permite volver a divulgar sus registros de tratamiento de salud mental, excepto en cumplimiento de la ley o con su permiso por escrito. **PARA NO INCLUIR esta información coloque sus iniciales aquí _____**

| Revocación de la Autorización | | | |
|--|--|---------------------------------|---------------|
| <p>NO COMPLETE UNA NUEVA AUTORIZACIÓN. ESTA SECCIÓN SÓLO ES PARA REVOCAR UNA AUTORIZACIÓN ANTERIOR. 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.</p> | | | |
| Nombre | | Fecha de Nacimiento | |
| Teléfono | | Número de Seguro Social | |
| Numero de Medicaid o de Tarjeta Dorada | | | |
| Dirección | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Por la presente revoco mi autorización para que la Agencia de Administración de Cuidado de la Salud divulgue mi información de salud protegida a la siguiente persona, grupo o entidad: | | | |
| Firma | | Fecha | |
| Nombre | | Relación Legal con el individuo | |
| <p>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).</p> | | | |