



ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Devuelva el formulario completado por fax o correo postal a: Privacy Office
 Colorado Department of Health Care Policy and Financing
 303 E. 17th Avenue, Denver, CO 80203 Fax: (303) 866-4411

***** Incluya una copia de su tarjeta de identificación de Medicaid y de su licencia de conducir, o documentación equivalente *****

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 exige que cuidemos la privacidad de su información de salud protegida. Usted tiene derecho a solicitar una copia de su información de salud protegida, contenida en un conjunto de registros designado y en poder del Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica. Esta solicitud debe hacerse por escrito y puede ser rechazada por el Departamento en ciertas circunstancias. Usted no puede obtener acceso a ninguna de las notas de sicoterapia que su terapeuta de salud mental haya tomado, ni a información que haya sido preparada para uso en una acción legal administrativa, penal o civil. El Departamento procesará su solicitud en un plazo de 30 días (60 días si la información está en otro lugar), a menos que le proporcionemos un aviso por escrito sobre la necesidad de una extensión de 30 días. Si el Departamento le niega su solicitud, tendremos que proporcionarle una explicación por escrito sobre los motivos del rechazo. En algunas situaciones, usted tendrá derecho a solicitar una revisión de nuestro rechazo. Consulte la Política de privacidad y procedimientos del Departamento sobre el derecho a acceder a información de salud protegida, en conformidad con CFR 45, sección 164.524.

Este formulario se debe usar cuando los clientes o sus representantes personales piden acceder a una copia de su grupo de registros designado. El grupo de registros designado del HCPF contiene la información de los reclamos, incluidas las primeras fechas de servicio, las fechas de pago, el nombre y la identificación de los proveedores que facturaron, el tipo de proveedor y el monto del pago. Si usted desea recibir copias de sus registros médicos (tales como historias clínicas, notas del médico, etc.), tiene que comunicarse con la institución médica donde recibió el tratamiento, ya que el Departamento no guarda estos registros. NO use este formulario si su pedido de reclamos está relacionado con un fideicomiso, una recuperación de beneficios o un gravamen de Medicaid que incluye una lesión o accidente. En su lugar, comuníquese con la unidad adecuada del Departamento de Responsabilidad de Terceros y Recuperaciones visitando <https://hcpf.colorado.gov/coordination-benefits>.

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de ID de Medicaid: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Información que pide: _____

¿Cómo desea recibir sus registros?

1) Formato pedido: Electrónico Impreso

2) Método de entrega:

Correo electrónico: _____ Atención: _____

Por correo: Atención: _____
 Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

Firma: _____ Fecha: _____

El padre o tutor legal podrá firmar en nombre del menor de edad.

El tutor legal, el poder notarial o equivalente podrá firmar en nombre del adulto. Se requiere documentación.

Si firma en nombre de otra persona, proporcione la siguiente información:

Nombre del representante personal designado: _____

Relación con el cliente: _____