



INFORME DE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Complete el formulario y envíelo por fax o por correo 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 sus equivalentes. *****

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida. Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información médica protegida que figura en un conjunto de registros designado en poder del Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Además, cualquier informe solo incluirá las divulgaciones realizadas durante los últimos seis años, pero no anteriores al 14 de abril de 2003. El Departamento debe responder a su solicitud en un plazo de 60 días, a menos que le notifiquemos por escrito que se necesita una prórroga de hasta 30 días. El primer informe que solicite en un período de 12 meses será gratuito. Sin embargo, se aplicará una tarifa en función de los costos por cualquier solicitud de informe posterior que realice dentro del mismo período de 12 meses.

De conformidad con las disposiciones de la Ley HIPAA y la política y los procedimientos de privacidad del Departamento sobre el *derecho a un informe de las divulgaciones de información médica protegida*, los siguientes tipos de divulgaciones NO se incluirán en el informe:

- divulgaciones realizadas para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica;
- divulgaciones que le hayan hecho sobre su información médica protegida;
- divulgaciones relacionadas con un uso o una divulgación permitidos o exigidos de otro modo por la Ley HIPAA;
- divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización que haya firmado;
- divulgaciones realizadas para su uso en un directorio de centros médicos;
- divulgaciones realizadas con fines de inteligencia o seguridad nacional;
- divulgaciones a instituciones penitenciarias o a las autoridades policiales;
- divulgaciones realizadas como parte de un conjunto de datos limitados (información médica protegida que excluye identificadores directos de la persona o de familiares, empleadores o miembros del hogar de la persona);
- divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Deseo recibir un informe de las divulgaciones (distintas de las indicadas anteriormente) de mi información médica protegida que el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado y sus socios comerciales hayan realizado.

Nombre: _____ Número de identificación del estado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

El padre, la madre o el tutor legal pueden firmar en nombre de un menor.

El tutor legal, el apoderado o su equivalente pueden firmar en nombre de un adulto. Para ello, se necesita documentación.

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

Nombre del representante personal designado: _____

Relación con el cliente: _____