



CO L O R A D O

Department of Health Care
Policy & Financing

Formulario de excepción de cifrado

Para autorizar el envío de correo electrónico no cifrado

Soy miembro de (marque/marque con un círculo):

- Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado)
- Child Health Plan Plus (CHP+)

El Colorado Department of Health Care Policy & Financing (HCPF) administra este plan de salud. Mi número de identificación de miembro es: _____

Soy consciente de que la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) exige que el HCPF proteja y asegure mi Información de identificación personal (Personal Identifying Information, PII) y mi Información médica protegida (Protected Health Information, PHI).

Mi información personal incluye datos como mi nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, número de identificación de miembro e información sobre mi atención médica facturada a HCPF, que puede incluir tratamiento médico, diagnósticos y afecciones. HCPF cifra los correos electrónicos que contienen mi PII/PHI para proteger esa información.

Estoy solicitando una modificación razonable de las políticas, prácticas y procedimientos de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) para autorizar a HCPF a enviarme correos electrónicos con mi PII/PHI **sin cifrar**, ya sea a mí y/o a mi Representante Personal/Representante de Terceros. Esta adaptación me permitirá comunicarme de manera efectiva con el HCPF.

Estoy ordenando a HCPF que envíe correos electrónicos **sin cifrar**:

- Para mí: Dirección de correo electrónico del miembro: _____
- A la dirección de correo electrónico de mi Representante Personal/de Terceros:

Al autorizar y consentir el uso de correo electrónico no cifrado, entiendo que:

- Cuentas de correo electrónico más populares (p. ej., Gmail, Hotmail, Yahoo) no usan correo electrónico cifrado;
- Un correo electrónico que no está protegido o cifrado podría ser interceptado (“pirateado”) y leído por otras partes, ya que se envía a través de Internet;
- Los correos electrónicos no seguros se pueden copiar y reenviar a cualquier persona;
- Es posible que alguien pueda acceder a mi cuenta de correo electrónico para leer el correo electrónico;

- Si recibo mi correo electrónico en un teléfono inteligente o tableta, otra persona que no sea yo que tenga mi teléfono o tableta puede ver fácilmente mi correo electrónico.

Reconocimiento y acuerdo

Entiendo que HCPF normalmente me envía correos electrónicos **cifrados** (o a mi Representante Personal/de Terceros) para proteger mi información personal de salud. Estoy ordenando a HCPF que envíe correos electrónicos con mi PII y/o PHI **sin cifrar**. Debido a los riesgos descritos anteriormente, HCPF no puede garantizar que los correos electrónicos sean confidenciales. Entiendo los riesgos para mi información personal de salud asociados con la comunicación por correo electrónico no segura entre HCPF y yo, y acepto ese riesgo.

Reconozco que he leído, o que me han leído, y que comprendo completamente este formulario de autorización. Se respondió a cualquier pregunta que pudiera haber tenido con respecto a esta autorización. Entiendo que esta autorización para enviar correos electrónicos no seguros entra en vigor cuando firmo este formulario. Esta autorización permanecerá vigente hasta y a menos que yo revoque o cancele la autorización por escrito, excepto en los casos en que HCPF haya enviado un correo electrónico sin cifrar antes de recibir mi solicitud de revocar o cancelar mi autorización. Entiendo que puedo revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a:

HCPF
Atención: Privacidad
303 E. 17th Ave., Suite 1100
Denver, CO 80203
Fax:(303) 866-4411

Permitir correo electrónico no cifrado

Entiendo los riesgos del correo electrónico no cifrado y doy permiso a HCPF a enviar por correo electrónico a mí y/o a mi Representante Personal/de Terceros información personal de salud sobre

Nombre del miembro: _____ sin cifrar.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Correo electrónico: _____

Revocar (cancelar) correo electrónico no cifrado

Revoco o cancelo mi autorización que permite a HCPF enviar información médica personal para

Nombre del miembro: _____ usando correo electrónico no cifrado.

Solicito que toda la información médica personal de

Nombre del miembro: _____ se envíe a mí o a mi Representante Personal/de Terceros designado utilizando correo electrónico cifrado.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de revocación: _____

INSTRUCCIONES: Revise este formulario cuidadosamente, firme y escriba la fecha en el formulario. Regrese a HCPF Privacidad en 303 E. 17th Ave., Suite 1100, Denver, CO 80203 por correo o fax (303) 866-4411.