



# Instrucciones

## Procesamiento de Elegibilidad

- Page 1) **Formulario de Elegibilidad** — No deje espacios en blanco. Si no le aplica, escriba una línea o N/A. Esto nos permitirá evaluar su capacidad financiera basada en sus ingresos. Grupo familiar incluye su familia directa solamente. (Conyugue, pareja e hijos menores de 18).
- Page 2) **Iniciación de Servicios** — Complete SOLO las áreas resaltadas en AMARILLO.
- Page 3) **Aviso de Practicas de Privacidad** — Si usted es el paciente, escriba su nombre en la primera línea, su firma y fecha en las áreas resaltadas en AMARILLO. Si usted está firmando por un niño, escriba el nombre del niño en la parte superior, su firma y fecha en las áreas resaltadas en AMARILLO y también escriba su nombre en la línea representativa y su relación con el paciente (padre/madre/tutor, etc.)
- Page 4) **Aviso de Practicas de Privacidad** — Esto es para usted, guárdelo en sus registros.

### Los siguientes documentos seran necesarios para completar su proceso de elegibilidad:

- Identificación con foto
- Tarjeta del Seguro Social
- Tarjeta(s) de Asegurancia Medica
- Comprobantes de pago que cubran 4 semanas de empleo, si trabaja
- Si receive estampillas de comida, o tarjeta, traiga la carta de verificación
- Si recibe otros ingresos, traiga la carta de verificación

**Usted tiene la opción de rechazar el proceso de elegibilidad financiera. Si usted elige esa opción, será responsable del 100% del pago por todos los servicios recibidos.**

**Después de completar todos los formularios adjuntos, por favor regrese a la ventanilla 5**



---

Please complete the application and return it by mail, fax, or in person along with all the required documents to: (Por favor complete y devuelva por Correo, Fax o en persona la solicitud incluida y todos los documentos requeridos:)

**Fax: (Envie todos los documentos por Fax)**

Department of Health  
Registration Department  
352-694-2563

**USPS: (Envuelos por Correo Postal)**

Marion County Health Department  
Attn: Registration  
1801 SE 32<sup>nd</sup> Ave  
Ocala FL 34471

**In person: (Traigalos en persona)**

Marion County Health Department  
1801 SE 32<sup>nd</sup> Ave  
Ocala FL 34471  
352-629-0137

**OR**

Florida DOH Dental Office  
Hampton Center  
1501 W Silver Springs Blvd  
Ocala FL 34475  
352-622-2664

---



# Hoja de trabajo de elegibilidad

Cita: \_\_\_\_\_ **W**  
Sólo para uso de oficina

Idioma(s): Inglés / Español / otro: \_\_\_\_\_ Hispana(o): Sí / No Raza: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro Médico? SI /NO Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Soltera(o) \_\_\_\_\_ Casada(o) \_\_\_\_\_ Separada(o) \_\_\_\_\_ Divorciada(o) \_\_\_\_\_ Viuda(o) \_\_\_\_\_

Acepto recibir llamadas/mensajes de texto recordándome mis citas.  Soy menor de 18 años.  
Prefiero ser contactado por: \_\_\_ teléfono celular \_\_\_ correo electrónico \_\_\_ correo postal

Conyugue/pareja/sus hijos Menores de 18 años	Relación	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro social	Numero de Seguro/Medicaid	Raza	M/F

**Por favor escriba todas las personas que tengan algún ingreso en su casa:** Incluya todos los trabajos, pensiones, manutención infantil, seguro social, beneficio por muerte, pensión conyugal, beneficio por desempleo/compensación, beneficios de veteranos, inversiones, fondos fiduciarios, ingresos de rentas, empleo, ayuda pública, concesiones o cualquier otro dinero que usted reciba.

Nombre	Empleador o tipo de ingreso	Salario Bruto Antes de impuestos	Semanal, quincenal, mensual

### Otras fuentes de ingresos: (escriba si los recibe semanal=S, quincenal=Q o mensual=M).

Ayuda monetaria/estampillas de comida	\$ _____	Manutención de los hijos	\$ _____
Compensación por desempleo	\$ _____	Ingresos del Seguro Social (SSD/SSI)	\$ _____
Pensión privada/gobierno	\$ _____	Ingresos por arrendamiento	\$ _____
Ingresos por jubilación / SSA	\$ _____	Otros Ingresos	\$ _____

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### Certificación de paciente

Yo afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa o inexacta los servicios pueden ser cancelados y tendré que pagar por todos los servicios recibidos de acuerdo con el plan de tarifas, FAC64fl 0. 003(5).

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_





# INICIO DE LOS SERVICIOS

## PARTE I CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia: Departamento de Salud de Florida en el condado de Marion

Dirección de la Agencia: 1801 SE 32nd Ave., Ocala, FL 34471

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a proporcionar la atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y puede implicar consultas médicas, incluyendo, obtención de mi historia médica, evaluaciones, exámenes médicos, administración de medicamentos o análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

Al poner mis iniciales en este renglón, reconozco que he recibido una Hoja informativa de consentimiento informado sobre telesalud y que doy mi consentimiento para que se ofrezcan algunos servicios a través de telesalud. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, lo que discontinuará el uso de los servicios de telesalud sin afectar mi derecho a la atención o al tratamiento futuros.

## PARTE II CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN (Solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, TB y prevención de trastornos por abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y de administración de casos. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE), lo que permite el acceso a los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si elige no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar si pide y firma un formulario de exclusión del HIE.

## PARTE III CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE (Solo aplica a clientes de Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia de arriba a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para este u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que se paguen los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago.

## PARTE IV CESIÓN DE LOS BENEFICIOS (Solo aplica a pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de esos beneficios no debe superar los cargos médicos establecidos en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

## PARTE V OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Este aviso se entrega según la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, use o revele mi número del Seguro Social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del Seguro Social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

## PARTE VI SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante

\_\_\_\_\_  
Relación propia o del representante con el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (opcional)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PARTE VII REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_ REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente a partir del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha



Estado de Florida
Departamento de Salud

Formulario de aceptación del Aviso de prácticas de privacidad

Nombre: N.º de ID de cliente

Centro/sitio/programa: Departamento de Salud de Florida en el condado de Marion

He recibido una copia del Formulario de Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud, DH 150-741, 09/13.

Firma: Fecha: Individuo o el representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica

Si firma un representante:

Nombre con letra de molde: Papel: (Padre, tutor legal, etc.)

Testigo: Fecha:

Si la persona tiene un representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre de la persona, el aviso debe entregarse a y la aceptación debe obtenerse del representante. Si la persona o su representante no firmaron este formulario, el personal debe documentar cuándo y cómo se les entregó el aviso, por qué no se pudo obtener la aceptación y los esfuerzos que se hicieron para obtenerla.

El Aviso de prácticas de privacidad se entregó esta persona el fecha

Reunión en persona
Envío por correo
Correo electrónico
Otro

Motivo por el cual la persona o su representante no firmaron este documento:

- La persona o su representante eligieron no firmar
La persona o el representante no respondieron después de más de un intento
Verificación de recepción de correo electrónico
Otro

Esfuerzos de buena fe: Se realizaron los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener la firma de la persona o su representante. Documente en detalle (p. ej., fechas, horas, personas con las que se habló y resultado de los intentos) los esfuerzos que se hicieron para obtener la firma. Tiene que haberse hecho más de un intento.

- Presentaciones en persona
Contacto por teléfono
Envío por correo
Correo electrónico
Otro

Firma del personal: Título:

Nombre con letra de molde:

Fecha:



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

---

### USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, teléfono, número de seguro social y cualquier otro medio que lo identifique como una persona específica. La información médica protegida tiene información específica que identifica a una persona o que puede usarse para identificarla.

La información médica protegida es información médica que crea y recibe un proveedor de atención médica, un plan médico, un empleador o un centro de intercambio de información de atención médica. El Departamento de Salud (Department of Health) puede actuar como cualquiera de los tipos de negocio mencionados. El Departamento de Salud usa esta información médica de varias maneras durante sus actividades comerciales normales.

El Departamento de Salud puede usar o revelar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. *Los profesionales de atención médica usan la información médica en las clínicas u hospitales para atenderlo. Es posible que se comparta su información médica protegida, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica para fines de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o revelar su información médica para la administración de casos y servicios. La clínica o el hospital del Departamento de Salud pueden enviar la información médica a las aseguradoras, a Medicaid o a las agencias de la comunidad para pagar los servicios que le prestaron a usted.*

Cierto personal del Departamento podría usar su información para mejorar las operaciones de atención médica del Departamento. El Departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información de las opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Cierta información médica protegida puede revelarse sin su autorización por escrito en la medida en que la ley lo permita. Esas circunstancias incluyen:

- Denuncia de abuso infantil, de adultos o de personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Investigaciones y auditorías internas que hagan las divisiones, dependencias y oficinas del Departamento.
- Investigaciones y auditorías que haga el inspector general y el auditor general, y la Oficina de Análisis de Políticas del Programa y la Contraloría General del Gobierno de la Legislatura.
- Fines de salud pública, incluyendo estadísticas vitales, informes de enfermedades, vigilancia de salud pública, investigaciones, intervenciones y reglamentación de profesionales de la salud.
- Investigaciones de examinadores médicos del distrito.

- Investigación aprobada por el Departamento.
- Órdenes de tribunales, órdenes judiciales o citaciones.
- Fines de agencias de cumplimiento de la ley, investigaciones administrativas y procesos judiciales y administrativos.

Deberá dar su autorización por escrito para otros usos y revelaciones de su información médica protegida que haga el Departamento. Estos usos y revelaciones pueden ser para fines de mercadeo o investigación, ciertos usos y revelaciones de notas de psicoterapia y la venta de información médica protegida por la que el Departamento de Salud reciba una remuneración.

Esta autorización tendrá una fecha de vencimiento que usted puede revocar por escrito.

#### DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene el derecho de pedir al Departamento de Salud que restrinja el uso y la revelación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también puede limitar las revelaciones a personas que participan en su atención. El Departamento no está obligado a aceptar ninguna restricción.

Tiene derecho a que le garanticen que su información será confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la manera y a la dirección o teléfono que usted prefiera. Es posible que deba hacer la solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar los servicios, puede dar una dirección que no sea la de su casa para recibir correspondencia y para que nos comuniquemos con usted.

Usted tiene el derecho de revisar y recibir una copia de su información médica protegida que guarda el Departamento de Salud dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud para obtener dicha copia. Debe completar el formulario de Autorización para revelar información confidencial del Departamento y enviar la solicitud al Departamento de Salud del condado o a la oficina de Servicios Médicos para Niños. Si hay demoras para que reciba la información, le informarán del motivo de la demora y la fecha prevista en que la recibirá.

Su revisión de la información se supervisará en un momento y un lugar establecidos. Le pueden negar el acceso según lo especifique la ley.

Si decide recibir una copia de su información médica protegida, tiene el derecho de recibirla en la forma o el formato que pida. Si el Departamento no puede producirla en esa forma o formato, le dará la información en una copia impresa legible o en otra forma o formato que usted y el Departamento acuerden.

El Departamento no puede darle acceso a las notas de psicoterapia ni a cierta información que se esté utilizando en un procedimiento legal. Los registros se guardan durante períodos específicos de acuerdo con la ley. Si su solicitud abarca información que supere dicho tiempo en que el Departamento debe guardar el registro, es posible que la información ya no esté disponible.

Si le niegan el acceso, tiene el derecho de pedir una revisión de un profesional de atención médica autorizado que no haya participado en la decisión de negarle el acceso. El Departamento designará a este profesional de atención médica autorizado.

Tiene el derecho de corregir su información médica protegida. Debe presentar por escrito su solicitud para corregir su información médica protegida y dar un motivo que respalde la corrección solicitada. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, parcial o totalmente, si encuentra que la información médica protegida:



- no la creó el Departamento;
- no es información médica protegida;
- por ley, no está disponible para su revisión;
- es exacta y está completa.

Si aceptan su corrección, el Departamento la hará y le informará a usted y a otras personas que deban saber que se hizo la corrección. Si le niegan la solicitud, puede enviar una carta que describa el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión. El Departamento responderá su carta por escrito. También puede presentar una queja, como se describe abajo en la sección “Quejas”.

Usted tiene el derecho de recibir un resumen de ciertas revelaciones de su información médica protegida que el Departamento de Salud podría haber hecho. Este resumen no incluye:

- revelaciones hechas a usted;
- revelaciones hechas a las personas que participan en su atención;
- revelaciones autorizadas por usted;
- revelaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica;
- revelaciones para salud pública;
- revelaciones para la reglamentación de profesionales médicos;
- revelaciones para denunciar abuso infantil, de adultos o de personas discapacitadas;
- revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Este resumen sí incluye revelaciones para:

- fines de investigación, que no sean los que usted autorizó por escrito;
- respuestas a órdenes de tribunales, citaciones u órdenes judiciales.

Puede solicitar un resumen de un período máximo de 6 años a partir de la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en versión electrónica, tiene el derecho de recibir una copia impresa si la pide.

El Departamento de Salud puede enviar un correo o llamar para recordarle sus citas de atención médica.

## PARTICIPACIÓN EN LA RED DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

El acceso a la información sobre sus antecedentes médicos y atención médica es fundamental para ayudar a garantizar que reciba atención de alta calidad y le ofrece a su proveedor de atención médica un panorama más completo de su salud en general. Esto puede ayudar a su proveedor a tomar mejores decisiones sobre su atención. La información también puede evitar que deba repetir pruebas, lo que le ahorra tiempo, dinero y preocupaciones. Los avances recientes en tecnología ahora promueven el intercambio electrónico seguro y protegido de información clínica importante de un proveedor de atención médica a otro mediante las redes de Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE). El Departamento de Salud y sus Departamentos de Salud de los condados participan en una red de HIE y también lo hacen en varias de estas redes con proveedores de atención médica externos de confianza que tienen sistemas de registros médicos electrónicos. El HIE permite a sus proveedores de atención médica compartir su información médica de forma electrónica, rápida y segura con una red de proveedores de atención médica, incluyendo médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Esta información se transmite

de forma segura y solo los proveedores de atención médica autorizados que tengan un motivo válido pueden acceder a ella. Al compartir información de forma electrónica mediante un sistema seguro, se reduce el riesgo de que sus registros impresos o enviados por fax se utilicen indebidamente o se extravíen.

La decisión de participar en el HIE es totalmente personal.

*Opción 1. Sí a la participación en el HIE.* Si acepta que su información médica se comparta a través del HIE y en el momento tiene registrado un formulario de Inicio de servicios y consentimiento para el tratamiento, no debe hacer nada. Firmando el formulario, nos ha dado su permiso para compartir su información médica con el HIE.

*Opción 2. NO al HIE.* Puede elegir que su información no se comparta de forma electrónica mediante la red de HIE (“exclusión”) en cualquier momento, completando el formulario de “Exclusión del intercambio de información médica” disponible en el Departamento de Salud del condado. Si opta por la exclusión del HIE, los proveedores de atención médica no podrán acceder a su información médica a través de este medio. Debe entender que, si opta por la exclusión, los proveedores de atención médica que lo atienden aún pueden comunicarse con nosotros para pedir que les compartamos su información médica, como se indica en este Aviso. La exclusión no evita que la información se comparta entre los miembros de su equipo de atención. Tenga en cuenta que esta exclusión no afecta la información médica que se haya revelado mediante el HIE antes del momento en que optó por la exclusión.

*Opción 3. Puede cambiar de opinión en cualquier momento.*

Usted puede dar su consentimiento hoy para compartir información mediante el HIE y después cambiar de opinión siguiendo las instrucciones en el formulario de exclusión descrito en la Opción 2.

De manera alternativa, puede optar por no participar en el HIE hoy y cambiar de opinión más tarde enviando el Formulario de restablecimiento de la participación en el HIE del DOH.

## SINCRONIZACIÓN DE LA APLICACIÓN MÓVIL PARA PERSONAL HEALTH RECORDS (REGISTROS MÉDICOS PERSONALES, PHR) CON DATOS DEL USUARIO

Como parte de los servicios ofrecidos por el Departamento de Salud, puede descargar la aplicación móvil complementaria para PHR para acceder a sus registros médicos personales. Esta aplicación es la versión móvil del portal de Florida Health Connect.

El objetivo de la aplicación móvil para PHR es darle acceso a sus datos médicos desde su dispositivo móvil, desde cualquier lugar y en cualquier momento. Podrá sincronizar su cuenta de Florida Health Connect mediante la aplicación móvil con sus datos médicos personales registrados en su dispositivo móvil (Google Fit o Apple Health) para ofrecerle una vista integral de sus antecedentes médicos y su estado de salud actual. Para ofrecerle una vista completa de sus datos médicos y estado de salud, tendrá la opción de sincronizar su aplicación móvil de Florida Health Connect con la aplicación Google Fit o Apple Health instalada en su dispositivo móvil.

Sus datos de Google Fit o Apple Health no se revelarán a terceros sin su permiso expreso por escrito.

## OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. En este Aviso de prácticas de privacidad le informamos de la manera en que su información médica protegida puede usarse y la manera en que el Departamento conserva su información privada y confidencial. En este aviso se explican las prácticas y obligaciones legales relacionadas con su información médica protegida. El Departamento tiene la responsabilidad de avisarle después de una violación de su información médica protegida que no tiene seguridad.

Como parte de sus obligaciones legales, el Departamento debe entregarle este Aviso de prácticas de privacidad. El Departamento está obligado a cumplir los términos del Aviso de prácticas de privacidad vigente.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, tendrá validez para toda la información médica protegida que conserva. Los avisos de prácticas de privacidad nuevos o revisados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> y estarán disponibles por correo electrónico y en todas las sedes del Departamento de Salud. Además, hay otros documentos disponibles que explican con más detalle sus derechos de revisar, copiar y modificar su información médica protegida.

### QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad médica, puede presentar una queja al: Department of Health's Inspector General en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/al teléfono 850-245-4141, y al Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/al teléfono 202-619-0257 o gratis al 877-696-6775.

Debe presentar la queja por escrito, describir los actos u omisiones que cree que violan sus derechos de privacidad y presentarla en un plazo de 180 días después de haberse enterado o debería haberse enterado de que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

### PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Las solicitudes para obtener más información sobre los asuntos alcanzados por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de las instalaciones del Departamento de Salud en las que recibió el aviso o al Department of Health's Inspector General, 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/Tallahassee, FL 32399-1704/al teléfono 850-245-4141.

### FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

Este Aviso de prácticas de privacidad está vigente desde el 21 de febrero de 2022 y debe permanecer vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

## REFERENCIAS

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” (Normas de privacidad de la información médica identificable; resolución definitiva), CFR 45, Partes 160 a 164. *Federal Register* (Registro Federal), volumen 65, n.º 250 (28 de diciembre de 2000).

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” (Normas de privacidad de la información médica identificable; resolución definitiva), CFR 45, Partes 160 a 164. *Federal Register* (Registro Federal), volumen 67 (14 de agosto de 2002).

HHS, Modifications to the HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act and the Genetic Information and Nondiscrimination Act; Other Modifications to the HIPAA Rules (HHS, Modificaciones a las normas de privacidad, seguridad, cumplimiento y violación de la HIPAA bajo la Ley de tecnología de información médica para la salud clínica y económica y la Ley de no discriminación por información genética; Otras modificaciones a las normas de la HIPAA), Registro Federal, volumen 78, reg. 5566 (25 de enero de 2013).