



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 32nd Ave
Ocala FL 34471

In person: (Traigalos en persona)

Marion County Health Department
1801 SE 32nd 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# _____

¿Qué otros nombres has usado?: _____

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:** _____

Mission:

To protect, promote and improve the health of all people in Florida through integrated state, county and community efforts.



Ron DeSantis
Governor

Joseph A. Ladapo, MD, PhD
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

AVISO A LOS CLIENTES

El Departamento de Salud del Condado de Marion esta fuera de la red de las compañías de seguros privados

El Departamento de Salud del Condado de Marion facturara a su compañía de seguros como cortesía hacia usted. No estamos “en la red” con ninguna compañía de seguros privada (es decir. “fuera de la red”), la cantidad que su compañía de seguros pagara por su visita/prueba/tratamiento podría ser mucho menor que si estuviera viendo a un proveedor que esta “en la red” con su compañía de seguros. El Departamento de Salud del Condado de Marion no es responsable de ninguna cantidad no cubierta por su compañía de seguros. Usted es responsable de cualquier cantidad adeudada que su compañía de seguros no pague por su factura.

Si su compañía de seguros requiere una autorización previa, es su responsabilidad informar a nuestro personal antes de la fecha de su cita. Si no podemos obtener una autorización previa de su aseguradora antes de su visita/prueba/tratamiento, es posible que su compañía de seguros no pague ninguna cantidad de su factura. Esto significa que usted será responsable de todo el saldo adeudado.

Su firma a continuación reconoce su comprensión de este aviso y procedimiento.

Firma del Cliente

Fecha de hoy

Firma del Testigo

Fecha de hoy

Numero de Registro Medico: _____





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

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
LÉALO 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 arriba. 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 puede usar o revelar su información médica para la administración de casos y servicios. La clínica o el hospital del Departamento 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 y el auditor generales, y la Oficina del gobierno de la legislatura de Florida para el análisis de políticas de programas y la responsabilidad del gobierno (Florida Legislature's Office of Program Policy Analysis and Government Accountability).

- Fines de salud pública, incluyendo estadísticas vitales, informes sobre enfermedades, vigilancia de salud pública, investigaciones, intervenciones y reglamentación de profesionales de atención médica.
- Investigaciones de examinadores médicos del distrito.
- Investigación aprobada por el Departamento.
- Órdenes de tribunales, órdenes judiciales o citaciones.
- Fines de agencias de fuerzas de orden público, investigaciones administrativas y procesos judiciales y administrativos.

Usted deberá dar su autorización por escrito para otros usos y revelaciones de su información médica protegida que haga el Departamento. Esos usos y revelaciones pueden ser para fines de marketing 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 a pedir que el Departamento 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.

Usted tiene derecho a que le garanticen que su información será confidencial. El Departamento se comunicará con usted en la manera y a la dirección o teléfono que usted prefiera. Es posible que usted 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 el Departamento pueda comunicarse con usted.

Usted tiene el derecho de revisar y recibir una copia de su información médica protegida que guarda el Departamento en el plazo de 30 días después de que reciba su solicitud para obtener dicha copia. Usted debe completar el formulario de Autorización para revelar información confidencial del Departamento y enviar la solicitud al Departamento de Salud local del condado o a la oficina de servicios médicos para menores (Children's Medical Services office). Si hay retrasos en la capacidad del Departamento para darle la información en el plazo de 30 días, se le informará el motivo del retraso y la fecha prevista en la que se podrá atender su solicitud.

Su revisión de la información se supervisará en un momento y un lugar establecidos. Es posible que se le niegue el acceso a algunos registros según lo especifique la ley federal o estatal.

Si usted decide recibir una copia de su información médica protegida, tiene el derecho de recibirla en la forma o en 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, el Departamento no está obligado a guardar el registro y es posible que la información ya no esté disponible.

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

Usted tiene el derecho a corregir su información médica protegida. Debe presentar por escrito una solicitud para corregir su información médica protegida y dar un motivo que respalde la corrección solicitada.

El Departamento puede denegar su solicitud, parcial o totalmente, si 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, usted 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. Usted también puede presentar una queja, como se describe abajo en la sección Quejas.

Usted tiene el derecho a 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.

Usted 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 electrónicamente, tiene el derecho de recibir una copia impresa cuando la solicite.

El Departamento de Salud puede enviarle recordatorios de citas de atención médica por correo postal, mensaje de texto o llamada telefónica.

PARTICIPACIÓN EN LA RED DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

El acceso a la información sobre su historia y atención médicas 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 decisiones informadas 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 Intercambio de información médica (HIE). El Departamento y los departamentos de salud de su condado participan en una red HIE y también participan en varias redes HIE con proveedores de atención médica externos confiables para compartir electrónicamente su información médica de manera rápida y segura entre una red de proveedores de atención médica, incluyendo médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Esta información se transmite de manera segura y solo los proveedores de atención médica autorizados que tengan un motivo válido pueden acceder a ella. Al compartir información electrónicamente mediante un sistema seguro, se reduce el riesgo de que sus registros impresos enviados por fax se usen indebidamente o se extravíen.

La decisión de participar en el HIE es totalmente personal.

Opción 1. Sí a la participación en el HIE. Si usted acepta que su información médica se comparta por medio del HIE y en este momento tiene registrado un formulario de Inicio de servicios, no debe hacer nada. Firmando ese formulario le otorga permiso al Departamento para compartir su información médica por medio del HIE.

Opción 2. NO a la participación en el HIE. Usted puede elegir que su información no se comparta electrónicamente 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 por ese medio. Debe entender que si opta por la exclusión, los proveedores de atención médica que lo atienden aún pueden comunicarse con el Departamento para pedir que les compartamos su información médica, como se indica en este Aviso de prácticas de privacidad. 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 usted 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, usted puede optar por no participar en el HIE hoy y cambiar de opinión más tarde enviando el Formulario de solicitud de revocación de la exclusión voluntaria de HIE del Departamento.

SINCRONIZACIÓN DE LA APLICACIÓN MÓVIL PARA REGISTROS MÉDICOS PERSONALES (PHR) CON DATOS DEL USUARIO

Como parte de los servicios prestados por el Departamento, usted 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 propósito de la aplicación móvil de PHR es que usted pueda acceder a su información médica por medio de su dispositivo móvil. Puede sincronizar su cuenta de Florida Health Connect mediante la aplicación móvil con su información médica personal registrada en su dispositivo móvil (Google Fit o Apple Health) para ofrecerle una vista integral de sus historia médica y su estado médico actual.

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

OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. En este Aviso de prácticas de privacidad le informamos 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 vulneración de su información médica protegida no segura.

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 puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, tendrá validez para toda la información médica protegida que se guarda en el Departamento. Usted puede acceder a los Avisos de prácticas de privacidad nuevos o revisados y a todos los formularios a los que se hace referencia en este Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web del Departamento en <https://www.floridahealth.gov/about/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> y estarán disponibles por correo electrónico y todos en los lugares del Departamento de Salud. Además, hay otros documentos disponibles que explican detalladamente sus derechos a revisar, copiar y modificar su información médica protegida.

QUEJAS

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad médica, puede presentar una queja ante: Department of Health's Inspector General en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y con U.S. Department of Health and Human Services en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea de llamada sin costo 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 no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

SI QUIERE 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 a Department of Health's Inspector General en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/Tallahassee, FL 32399-1704/teléfono 850-245-4141.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

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 aviso de vulneración de la HIPAA según la Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (Ley de tecnología de la información de salud para la salud económica y clínica) y la Genetic Information and Nondiscrimination Act (Ley de no discriminación por información genética); Otras modificaciones a las normas de la HIPAA, Registro Federal 78 5566 (25 de enero de 2013).