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 suguientes documentos seran necesarios para completer su proceso de eligibilidad:

- Identificación con foto
- Tarjeta del Seguro Social
- Tarjeta(s) de Aseguranza 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: (Envielos 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 $_____
Compensación por desempleo $_____
Pensión privada/gobierno $_____
Ingresos por jubilación / SSA $_____
Manutención de los hijos $_____
Ingresos del Seguro Social (SSD/SSI) $_____
Ingresos por arrendamiento $_____
Otros Ingresos $_____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono:_____ Direccion: _____

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:** _____

UPDATED 8/27/2024 / W.M.

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 require 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).

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud; incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, tuberculosis, prevención del abuso de sustancias, determinantes psiquiátricos/psicológicos, sociales y conductuales de la salud y gestión de casos; para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.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

For Office Use Only – Print or Use Label

Client Name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Original to file; Copy to client

DH 3204-SSG-03/2025

Estado de Florida
Departamento de Salud

Formulario de aceptación del Aviso de prácticas de privacidad

Nombre: _____ **N.° 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: _____

This form must be retained for a period of at least six years in the appropriate record.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MEDIAL SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

La información de salud protegida incluye determinantes demográficos, sociales y conductuales de la salud (SBDOH) e información médica relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social y cualquier otro medio para identificarlo como una persona específica. SBDOH puede incluir, entre otros, ingresos, inseguridad alimentaria, estatus socioeconómico, nivel educativo y personas sin hogar. La información de salud protegida contiene información específica que identifica a una persona o puede usarse para identificar a una persona.

La información de salud protegida es información de salud creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, un empleador o una cámara de compensación de atención médica. El Departamento de Salud (Departamento) puede actuar como cada uno de los tipos de negocios anteriores. El Departamento utiliza esta información médica de muchas maneras mientras realiza actividades comerciales normales.

El Departamento puede utilizar o divulgar su información médica protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los profesionales de la salud utilizan la información médica en las clínicas u hospitales para atenderlo. Su información de salud protegida puede compartirse, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica para fines de su tratamiento. El Departamento puede utilizar o divulgar su información de salud para la gestión de casos y servicios. La clínica u hospital del Departamento puede enviar la información médica a compañías de seguros, Medicaid o agencias comunitarias para pagar los servicios que se le brindan.

Su información puede ser utilizada por cierto personal del Departamento para mejorar las operaciones de atención médica del Departamento. El Departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Parte de la información de salud protegida puede divulgarse sin su autorización por escrito, según lo permite la ley. Esas circunstancias incluyen:Reporting abuse of children, adults, or disabled persons.

- Investigaciones relacionadas con un niño desaparecido.
- Investigaciones y auditorías internas por parte de las divisiones, direcciones y oficinas del Departamento.
- Investigaciones y auditorías realizadas por el Inspector General y el Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de Políticas de Programas y Responsabilidad Gubernamental de la Legislatura de Florida.
- Fines de salud pública, incluidas estadísticas vitales, notificación de enfermedades, vigilancia de la salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de los profesionales de la salud*.

• Investigaciones del médico forense del distrito*.
• Investigación aprobada por el Departamento.
• Órdenes judiciales, órdenes judiciales o citaciones. *
• Fines de aplicación de la ley, investigaciones administrativas y procedimientos judiciales y administrativos*.

*La divulgación de registros de salud reproductiva por parte del Departamento a las autoridades policiales, un tribunal judicial o administrativo, un médico forense o una entidad de supervisión de la salud requerirá una certificación del individuo o entidad solicitante antes de que el Departamento divulgue dichos registros. La certificación requiere el reconocimiento de una de las siguientes disposiciones:

- El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero acto de buscar, obtener, brindar o facilitar atención de salud reproductiva ni identificar a ninguna persona para dichos fines; o alternativamente,
- El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida es investigar o imponer responsabilidad a cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, brindar o facilitar atención de salud reproductiva, o identificar a cualquier persona para tales propósitos, pero la atención de salud reproductiva en cuestión no era legal bajo las circunstancias en las que se brindó.

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida por parte del Departamento requerirán su autorización por escrito. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de marketing o investigación, ciertos usos y divulgaciones de notas de psicoterapeutas y la venta de información de salud protegida que resulta en una compensación para el Departamento.

Esta autorización tendrá una fecha de vencimiento que podrá ser revocada por usted por escrito.

DERECHOS INDIVIDUALES

Tiene derecho a solicitar que el Departamento restrinja el uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El Departamento no está obligado a aceptar ninguna restricción.

Tiene derecho a tener la seguridad de que su información se mantendrá confidencial. El Departamento se comunicará con usted en la forma y en la dirección o número de teléfono que usted seleccione. Es posible que se le solicite que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar los servicios, puede proporcionar una dirección distinta a su residencia donde pueda recibir correo y donde el Departamento pueda comunicarse con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información de salud protegida que mantiene el Departamento dentro de los 30 días posteriores a la recepción por parte del Departamento de su solicitud para obtener una copia de su información de salud protegida. Debe completar el formulario de Autorización del Departamento para divulgar información confidencial y enviar la solicitud al departamento de salud local del condado o a la oficina de Servicios Médicos Infantiles. Si hay retrasos en la capacidad del Departamento para proporcionarle la información dentro de los 30 días, se le informará el motivo del retraso y la fecha prevista en la que se podrá cumplir con su solicitud.

Su inspección de la información será supervisada en un momento y lugar designados. Es posible que se le niegue el acceso a algunos registros según lo especificado por la ley federal o estatal.

Si elige recibir una copia de su información de salud protegida, tiene derecho a recibir la información en la forma o formato que solicite. Si el Departamento no puede producirla en esa forma o formato, se le proporcionará la información en una copia impresa legible u otra forma o formato que usted y el Departamento acuerden.

El Departamento no puede darle acceso a notas de psicoterapia o cierta información que se utiliza en un procedimiento legal. Los registros se mantienen durante períodos de tiempo específicos de conformidad con la ley. Si su solicitud cubre información más allá de ese tiempo, el Departamento no está obligado a conservar el registro y es posible que la información ya no esté disponible.

Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención médica autorizado que no participó en la decisión de negar el acceso. Este profesional de atención médica autorizado será designado por el Departamento.

Tiene derecho a corregir su información de salud protegida. Su solicitud para corregir su información de salud protegida debe realizarse por escrito y proporcionar una razón que respalde la corrección solicitada. El Departamento de Salud podrá denegar su solicitud, total o parcialmente, si encuentra que la información de salud protegida:

- No fue creado por el Departamento.
- No es información de salud protegida.
- Por ley, no está disponible para su inspección.
- Es preciso y completo.

Si se acepta su corrección, el Departamento hará la corrección y le informará a usted y a otras personas que necesiten saber sobre la corrección. Si se rechaza su solicitud, puede enviar una carta detallando el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión. El Departamento puede responder a su carta por escrito. También puede presentar una queja, como se describe a continuación en la sección titulada Quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento pudo haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones hechas a usted.
- Divulgaciones a personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones realizadas para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para la salud pública.
- Divulgaciones a profesionales de la salud con fines regulatorios.
- Divulgaciones para denunciar abusos de niños, adultos o personas discapacitadas.
- Divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003.

Este resumen incluye divulgaciones realizadas para:

- Fines de investigación distintos de los que usted autorizó por escrito.
- Respuestas a órdenes judiciales, citaciones o órdenes judiciales.

Puede solicitar un resumen por un período no mayor a 6 años a partir de la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa si lo solicita.

El Departamento de Salud puede enviarle correos electrónicos, mensajes de texto o llamadas para recordarle sus citas de atención médica.

PARTICIPACIÓN EN LA RED DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD

El acceso a información sobre su historial de salud, factores sociales y de comportamiento y atención médica es fundamental para ayudar a garantizar que reciba atención de alta calidad y le brinda a su proveedor de atención médica una imagen más completa de su salud general. Esto puede ayudar a su proveedor a tomar decisiones informadas sobre su atención. La información también puede evitar que usted se repita las pruebas, lo que le ahorrará tiempo, dinero y preocupaciones. Los avances recientes en tecnología ahora respaldan el intercambio electrónico seguro de información clínica importante de un proveedor de atención médica a otro a través de redes de Intercambio de información de salud (HIE). El Departamento y los departamentos de salud de su condado participan en una red HIE y participan en varias redes HIE con proveedores de atención médica externos confiables para compartir electrónicamente su información de salud de manera rápida y segura entre una red de proveedores de atención médica, incluidos médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Su información de salud se transmite de forma segura y solo los proveedores de atención médica autorizados con un motivo válido pueden acceder a su información. Al compartir información electrónicamente a través de un sistema seguro, se reduce el riesgo de que los registros en papel enviados por fax puedan ser mal utilizados o extraviados.

La participación en HIE es completamente tu elección.

Opción 1. SÍ, a la participación del HIE. Si acepta que su información médica se comparta a través de HIE y tiene un formulario de Inicio de Servicios actualizado en su archivo, no necesita hacer nada; al firmar ese formulario, le ha otorgado permiso al Departamento para compartir su información de salud a través de HIE.

Opción 2. NO a la participación del HIE. Puede optar por que su información no se comparta electrónicamente a través de la red HIE (optar por no participar) en cualquier momento, completando el Formulario de exclusión voluntaria del intercambio de información médica disponible en el departamento de salud del condado. Si decide no participar en HIE, los proveedores de atención médica no podrán acceder a su información médica a través de HIE. Debe comprender que si opta por no participar, los proveedores de atención médica que lo tratan aún pueden comunicarse con el Departamento para solicitar que se comparta su información de salud con ellos como se indica en este Aviso de prácticas de privacidad. La exclusión voluntaria no impide que la información se comparta entre los miembros de su equipo de atención. Tenga en cuenta que la exclusión voluntaria no afecta la información de salud que se divulgó a través de HIE antes del momento en que usted se excluyó.

Opción 3. Puede cambiar de opinión en cualquier momento.
Puede dar su consentimiento hoy para compartir su información a través de HIE y cambiar de opinión más adelante siguiendo las instrucciones en el formulario de exclusión descrito en la Opción 2.

Alternativamente, puede optar por no participar en HIE hoy y cambiar de opinión más tarde enviando el formulario de solicitud de exclusión voluntaria de HIE del Departamento.

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

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

El propósito de la aplicación móvil de PHR es brindarle acceso a su información de salud a través de su dispositivo móvil. Puede sincronizar su cuenta de Florida Health Connect a través de la aplicación móvil con su información de salud personal capturada en su dispositivo móvil (Google Fit o Apple Health) para brindarle una vista de 360 grados de su historial de salud y su estado de salud actual.

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

DEPARTAMENTO DE DEBERES DE SALUD

El Departamento está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad le indica cómo se puede utilizar su información de salud protegida y cómo el Departamento mantiene su información privada y confidencial. Este aviso explica los deberes y prácticas legales relacionados con su información de salud protegida. El Departamento tiene la responsabilidad de notificarle después de una violación de su información médica protegida no segura.

Como parte de las obligaciones legales del Departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El Departamento debe seguir los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente vigente.

El Departamento podrá cambiar los términos de su notificación. El cambio, si se realiza, será efectivo para toda la información de salud protegida mantenida por el Departamento. Se 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 en todas las ubicaciones del Departamento de Salud. También están disponibles documentos adicionales que explican con más detalle sus derechos a inspeccionar, copiar o modificar su información médica protegida.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y salud, puede 5ractices una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/teléfono 850-245-4141 y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. En 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea gratuita 877-696-6775.

La queja debe ser por escrito, 5ractices los actos u omisiones que usted cree que violan sus derechos de privacidad y presentarse dentro de los 180 días de cuando supo o debería haber 5racti que ocurrió el acto u 5ractice. El Departamento no tomará represalias contra usted por 5ractices una queja.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Las solicitudes de información adicional sobre los asuntos cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador del centro del Departamento de Salud donde recibió el aviso, o al Inspector General del Department of

Health's Inspector General 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso de 6ractices de privacidad entra en vigencia a partir del 25 de febrero de 2025 y permanecerá vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de 6ractices de privacidad.

REFERENCIAS

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Parts 160 through 164. *Federal Register* 65, no. 250 (December 28, 2000).

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Part 160 through 164. *Federal Register*, Volume 67 (August 14, 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, 78 Fed. Reg. 5566 (Jan. 25, 2013).

45 CFR Parts 160 and 164 RIN 0945-AA20, April 26, 2024.

DH8000-SSG-03/2025