NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska

# Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

No firmar este formulario no afectará el tratamiento ni el pago, sin embargo podría afectar mi inscripción o mi elegibilidad para ciertos beneficios ofrecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. Entiendo las ventajas y desventajas, y libre y voluntariamente doy permiso de divulgar información específica relacionada conmigo. También entiendo que no se me requiere revelar mi número de Seguro Social, aunque revelarlo podría facilitar o acelerar la provisión de información.

| Nombre del cliente (Apellido, primer nombre, inicial del segundo) | | Fecha de nacimiento |
|---|---|---|
| Número de Seguro Social | No. de caso/expediente (si se sabe) | Periodo cubierto desde admisión: |

**La información será divulgada a:**

Nombre:

Dirección 1:

Dirección 2:

Ciudad, estado, Código Postal:

La información que se divulgará según esta autorización está limitada a registros o información de parte de o en posesión o bajo control de DHHS (o la otra parte, según aplique).

**Razón para divulgar información:**

- ☑ Determinación de elegibilidad
- ☐ Mi petición
- ☐ Reclamo con la compañía de seguro
- ☐ Propósitos legales
- ☐ Consultas o planificación para tratamiento
- ☑ Planning
- ☑ Otra (especifique):

servicios de planificación de beneficios

**haga clic en el botón para seleccionar proveedor**

Easterseals | Goodwill | Mental Health Assoc | Apace

Información específica a ser divulgada:

- ☐ Toda la información que se me pueda revelar relacionada con el Registro Central de Maltrato y Abandono de Adultos y el Registro Central de Maltrato y Abandono de Menores.
  - ☐ Registro médico entero
  - ☐ Formulario de remisión para cuidado posterior (aftercare)
  - ☐ Informe de alta
  - ☐ Diagnóstico
  - ☐ Historial y examen físico
  - ☐ Laboratorio
  - ☐ Medicamentos
  - ☐ Apuntes del progreso
  - ☐ Historial y tratamiento psiquiátrico
  - ☐ Evaluación y tratamiento psicológico
  - ☐ Historial social
  - ☐ Rayos X y otros resultados de imágenes diagnósticas
- ☐ Toda otra información, registros o documentos no médicos relacionados conmigo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos podría revelarme directamente.

**O:**

- ☐ Alcohol and/or Drug Abuse Treatment
- ☐ Genetic Testing Information
- ☐ HIV/AIDS Information
- ☐ Sickle Cell Anemia Information
- ☐ Otra (especifique):_____

Esta autorización (a menos que haya sido revocada anteriormente por escrito) terminará el un año a partir de la fecha de la firma (anotar la fecha o el evento) Al firmar esta autorización, reconozco que la información a ser divulgada puede incluir material protegido por ley federal o estatal, inclusive información sobre beneficios o registro, o información de salud protegida que puede incluir información sobre drogas/alcohol, VIH o anemia falciforme. Mi firma autoriza divulgar la información indicada. También entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento al enviar una solicitud por escrito, de acuerdo con la Notificación de Prácticas de Privacidad de DHHS que esté vigente en tal momento (si a DHHS) o al enviar una petición por escrito al proveedor, entidad de cuidado de salud u otro (si a alguien más), y será honrada, con excepción de información que ya haya sido divulgada. También entiendo que si la parte que recibe la información no es un plan de salud ni un proveedor de cuidado de salud, es posible que la información divulgada ya no sea protegida por las normas de privacidad federales.

| Firma del cliente | | Fecha |
|---|---|---|
| Firma del representante autorizado | Nombre del representante autorizado en letra imprenta | Fecha |

Representante autorizado (elija uno): ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Apoderado legal ☐ Representante personal

| Firma del testigo | Nombre del testigo en letra imprenta | Fecha |
|---|---|---|

**NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO** Esta información que le ha sido divulgada proviene de registros cuya confidencialidad está protegida bajo las leyes estatales y federales (incluyendo regulaciones federales, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Parte 2 y 431 Subparte F) que prohíben que usted haga divulgaciones adicionales de la información en este registro que identifique a un paciente como que tiene o ha tenido un trastorno por el consumo de sustancias ya sea directamente, por referencia a la información disponible públicamente, o a través de la verificación de tal identificación por otra persona a menos que la persona cuya información sea divulgada haya dado consentimiento por escrito haya dado autorización explícita por medio de un consentimiento por escrito o como lo permitan 42 CFR Parte 2. Las regulaciones federales restringen el uso de la información en la investigación o enjuiciamiento a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias con respecto a un crimen, excepto en conformidad a lo que se indica en 42 CFR 2.12(c)(5) y 2.65. Una autorización general de divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.

**POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska o "DHHS", y las agencias que incluyen los centros de salud y programas de asistencia médica que están afiliadas bajo el control común de la Ley de Servicios de la Asociación de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, están obligados, según la ley federal, a mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida

**PRÁCTICAS Y USOS:**

DHHS puede obtener acceso, utilizar y compartir información médica sin su consentimiento con el propósito de:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar la información médica para suministrarle servicios o tratamiento médico. Puede que compartamos su información con un enfermero, un profesional de la salud u otro empleado que le están prestando tratamiento o servicios. Por ejemplo, es posible que un doctor que está tratándolo por una pierna fracturada necesita saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de sanación. Diferentes agencias dentro de DHSS pueden compartir su información con el fin de coordinar diferentes cosas que usted necesite, o para apoyar y mantener su secuencia continua de atención.
- **Pagos:** Podemos utilizar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que usted reciba sean cobrados. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica de una cirugía que le hicieron para que los gastos puedan ser reembolsados al hospital.
- **Operaciones:** Podemos utilizar y revelar información para operaciones relacionadas al cuidado de salud. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para revisar su tratamiento y los servicios que le prestaron, y evaluar el desempeño del personal.

**OTROS USOS PERMITIDOS Y DIVULGACIONES QUE SE PUEDEN HACER SIN CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN:**

- **Requerido por la ley:** Podemos utilizar o divulgar su Información de Salud Protegida hasta el punto que tal uso o divulgación sea requerido por la ley. Usted será notificado, si se requiere por ley, de dichos usos o divulgaciones.
- **Salud pública:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida para propósitos y actividades de salud pública, a la autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recolectar o recibir esta información.
- **Enfermedades transmisibles:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida, si así lo permite la ley, a una persona que haya sido expuesta a una enfermedad transmisible o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.
- **Supervisión de salud:** Podemos divulgar Información de Salud Protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley, u otras actividades necesarias para la supervisión apropiada del sistema de cuidado de salud, programas de beneficios del gobierno y otros programas gubernamentales de regulación y leyes de derechos civiles.
- **Maltrato o abandono:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia. La divulgación se hará de forma consistente con los requisitos de las leyes federales y estatales que apliquen.
- **Procedimientos legales:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida durante cualquier procedimiento judicial o administrativo como respuesta a una orden del juzgado o tribunal administrativo (siempre y cuando tal divulgación esté expresamente permitida), y en ciertas condiciones; como respuesta a una citación a comparecer, a una petición de divulgación de pruebas, o a cualquier otro proceso legal.
- **Cumplimiento de la ley:** También podemos divulgar Información de Salud Protegida, siempre y cuando se apliquen los requisitos legales, para los fines de agencias del orden público.
- **Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés):** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida en la medida que lo requiera la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- **Médicos forenses, directores funerarios, donación de órganos:** Podemos divulgar Información de Salud Protegida a un médico forense o juez de instrucción para propósitos de identificación, determinaciones de causa de muerte, o para que el médico forense o juez de instrucción realicen otras funciones autorizadas por la ley.
- **Investigación:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a investigadores, cuando sus investigaciones hayan sido aprobadas por una junta institucional de revisión; para garantizar la privacidad de su Información de Salud Protegida.
- **Actividad criminal:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida si consideramos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** Cuando se den las condiciones apropiadas, podemos utilizar o divulgar Información de Salud Protegida de individuos que formen parte del personal de las fuerzas armadas; para actividades militares, de seguridad nacional y de inteligencia. La Información de Salud Protegida puede ser divulgada para propósitos de administración de beneficios públicos.
- **Compensación del trabajador:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida, según se autorice, para dar cumplimiento a las leyes de compensación laboral y otros programas similares legalmente establecidos.
- **Reclusos:** Podemos utilizar o divulgar su Información de Salud Protegida si usted está recluido en una institución correccional, mientras se le esté proporcionando cuidado médico.
- **Usos y divulgaciones requeridas:** Debemos hacer divulgaciones cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; para investigar o determinar si estamos cumpliendo con los requisitos del Código de Regulaciones Federales (CFR) 45, Título II, Sección 164 et. seq.

**USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN:**

Hay ciertos usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida que requieren su autorización. Entre los cuales están: la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; usos y divulgaciones de información de salud protegida para propósitos de mercadeo; y divulgación de información de salud protegida que constituya una venta. Otros usos y divulgaciones no descritos en esta notificación serán hechos solo CON su autorización. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, según lo establecido en el (CFR) 164.508(b)(5).

**SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD:**

- **Derecho a revisar y a copiar.** Usted tiene derecho a revisar y a copiar su información médica. Generalmente, esto incluye registros y facturas médicos, pero no incluye notas de psicoterapia. Para revisar y copiar información médica, usted debe enviar una petición por escrito a la institución donde le prestaron el servicio, o a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DHHS. Si pide una copia, podemos cobrarle por el costo de copiarla, enviarla por correo y por otros materiales relacionados con su petición. En ciertas circunstancias podríamos denegar su petición de revisar y copiar. Si se le niega acceso a su información médica, puede pedir que se revise la negación.
- **Derecho a una rectificación.** Si considera que la información médica es incorrecta o incompleta, puede pedir que enmendemos (rectifiquemos) la información. Tiene derecho a pedir una rectificación siempre y cuando la información sea guardada por o para el DHHS. Para pedir una rectificación, debe hacer la petición por escrito a la institución donde le prestaron el servicio, o presentarla a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DHHS. Además, debe proporcionar una razón que respalde su petición. Podemos denegarle la petición de rectificación si no es hecha por escrito o si no incluye una razón que respalde la petición. Asimismo, podemos denegar su petición si pide que se modifique información que:
  - No haya sido generada por nosotros, a menos que la persona o entidad que generó la información no esté disponible para hacer la rectificación
  - No sea parte de la información médica guardada por o para el DHHS;
  - No sea parte de la información que usted tiene permiso de revisar y copiar; o,
  - Esté completa y correcta.
- **Derecho a un registro de divulgaciones.** Usted tiene derecho a pedir una lista de las divulgaciones que hemos hecho sobre su información médica. Debe presentar su petición por escrito a la institución donde le prestaron el servicio, o a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. Su petición debe indicar un período de tiempo que no sea mayor a seis (6) años y no debe incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su petición debe indicar en qué formato quiere que le entreguen el registro.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la información médica que usemos o divulguemos sobre su tratamiento, operaciones de cuidado médico, y a alguien que tome parte en su cuidado o en el pago de su cuidado, tal como un familiar o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones, a menos que sea para pagos o para operaciones médicas y usted use sus propios fondos para pagar, en su totalidad, por un artículo o un servicio de cuidado médico. Si accedemos, cumpliremos su petición a menos que cierta información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer la petición por escrito al lugar donde le prestaron el servicio o a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DHHS. En su solicitud debe decirnos: (1) qué información desea restringir, (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen las restricciones.
- **Derecho a pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de determinada manera o en determinado lugar. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacerlo por escrito al lugar donde le prestaron el servicio, o a la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA del DHHS. La solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.
- Derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted tiene derecho a una copia impresa de esta notificación Puede pedirnos que le demos una copia de esta notificación en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir esta notificación electrónicamente, de todos modos tiene derecho a una copia impresa de esta notificación. Puede adquirir una copia de esta notificación en nuestro sitio web http://dhhs.ne.gov/Pages/hipaa_hp-1-p-notice.aspx, o comunicándose con nosotros.
- Opción de no recibir comunicados para recolectar fondos. Si el DHHS está llevando a cabo actividades para recolectar fondos, usted tiene derecho a ser excluido de este comunicado.
- Notificación de infracción. En el evento de que el DHHS infrinja su información de salud protegida sin garantía, según lo define la HIPAA, usted recibirá una notificación de infracción.

**QUEJAS**

Si cree que su derecho a la privacidad ha sido violado, puede presentar una queja ante DHHS o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante DHHS, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad y Seguridad de HIPAA de DHHS. Para presentar una queja ante el HHS, contacte a: Secretary, Health and Human Services, Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-866-OCR PRIV (627-7748), 1-866-778-4989-TTY. Usted no será sancionado por presentar una queja.

**CAMBIOS EN LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska se reserva el derecho a rectificar esta notificación en cualquier momento futuro. Hasta que se lleve a cabo dicha rectificación, el DHHS está obligado por ley a ceñirse a los términos de esta notificación. El DHHS le notificará en caso de que se lleve a cabo cualquier cambio sustancial en la revisión de estas políticas, ya sea electrónicamente o en formato impreso.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Esta Notificación cumple los requisitos de "Notificación" de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA), Reglamentación Final de Privacidad. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de las prácticas de esta Notificación de Privacidad de la Información, o desea tener más información sobre las prácticas de información en el DHHS, por favor diríjase a: HIPAA Privacy and Security Office, 301 Centennial Mall South 3rd Floor, Lincoln, Nebraska, 68509-5026, por teléfono al 402-471-8417, o por correo electrónico a DHHS.HIPAAOffice@nebraska.gov. Si tiene preguntas sobre sus beneficios llame al 800-383-4278. Efectivo: 9/23/2013

**ACUSE DE RECIBO DE ESTA NOTIFICACIÓN:**

_____ _____

Firma de beneficiario Fecha

Relación con beneficiario_____