

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD  
(Personal/Comercial/Representante del Consumidor)**

**POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA**

**LOG #**

**SECCIÓN A: COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA AUTORIZAR LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE MEDICAID**

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de SS: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_  
Domicilio:(donde desea que se le envíe información) \_\_\_\_\_

El programa de Asistencia Médica de la NYC es el proveedor de toda información que se revele como resultado de esta solicitud.

**Por la presente autorizo el uso o la divulgación de información de salud identificable sobre mi persona según lo indicado a continuación.** Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir información no es un plan de salud, proveedor de cuidados de salud o centro de intercambio de información, es posible que la información revelada ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad, salvo que otras leyes federales y del estado puedan prohibir al receptor que vuelva a revelar la información cuando ésta esté relacionada con tratamientos de abuso de alcohol o sustancias o VIH/SIDA. Según lo dispuesto por la legislación del estado, usted puede solicitar una lista de las personas que están autorizadas a volver a revelar información relacionada con el VIH/SIDA.

- Entiendo que recibiré una copia de este formulario cuando lo disponga la ley.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al programa de Asistencia Médica. También entiendo que esa revocación no tendrá validez hasta que se reciba.
- El programa de Asistencia Médica no me ha exigido que firme esta Autorización como condición para que pueda recibir los beneficios de Medicaid.

**USTED DEBE RESPONDER LAS PREGUNTAS QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN Y MARCAR TODOS LOS CASILLEROS QUE CORRESPONDAN:**

4. a)  Autorizo a (persona/organización en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ a actuar en mi nombre y representación ante Medicaid. Esta Autorización vence el \_\_\_\_\_.

**ESTA AUTORIZACIÓN SE LIMITA ESPECÍFICAMENTE A SOLICITAR Y RECIBIR INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI INSCRIPCIÓN, RESOLUCIÓN DE ASUNTOS REFERIDOS A MI ELEGIBILIDAD Y OTROS TEMAS QUE PUEDAN SURGIR EN RELACIÓN CON MIS BENEFICIOS.**

b)  Autorizo a (persona/organización en letras de molde) \_\_\_\_\_ a recibir una copia de mis registros de Medicaid.

c) Describa detalladamente los registros que se revelarán y **especifique claramente si está limitando su solicitud.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ al periodo de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Autorizo a que se revele información confidencial sobre VIH/SIDA e información sobre, salud mental, abuso de alcohol y sustancias **salvo que uno de los casilleros esté marcado.**

**NO REVELAR INFORMACIÓN SOBRE:**  VIH/SIDA  Salud Mental  Drogas y/o Alcohol

5. ¿Ha recibido servicios de Medicaid a través de alguno de los siguientes programas?

- Asistente/Tareas domésticas en el hogar  Programa de vivienda asistida  Hogar de ancianos  
 Programa de cuidados de salud en el hogar por tiempo prolongado  Programa de atención administrada por tiempo prolongado  
 Servicios de Protección del Adulto  Programa de Cupones para Alimentos

6. Cuando recibía servicios de Medicaid, ¿alguna vez estuvo:  Incapacitado?  Restringido a un determinado médico o farmacia?

7. Ha recibido servicios de transporte médico (ambulancia, ambulette etc.)?  Si  No

8. ¿Ha solicitado una Exención de Cuidados Administrados de Medicaid?  Si  No

Firma: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Los representantes reconocidos de Medicaid deben presentar este formulario a través de los canales normales de Medicaid. Los representantes comerciales LEGALES de Medicaid deben enviar este formulario a MAP HIPAA Official, 330 West 34<sup>th</sup> Street New York, NY. 10001.**

**LOS DEMÁS REPRESENTANTES PERSONALES DEBEN CONCURRIR A UNA OFICINA DE MEDICAID CON ESTE FORMULARIO Y UN DOCUMENTO DE IDENTIDAD CON FOTO**

**Sección B PARA SER COMPLETADO POR EL TRABAJADOR QUE ACEPTA LA SOLICITUD O LA AUTORIZACIÓN**

- He verificado la identificación presentada por el representante del cliente.  
 Representante autorizado aceptado por el área de programa MAP.

Nombre (en letras de molde) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha recibido: \_\_\_\_\_

**RESPUESTA A SU SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN**

**SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADO POR EL OFICIAL HIPAA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA**

El pedido realizado por el beneficiario de Medicaid mencionado en la parte superior de la Sección A ha sido:

- APROBADO:** se adjunta copia de todos los documentos.  
 **APROBADO PARCIALMENTE:** Se adjunta copia de todos los documentos excepto de aquellos que, un profesional de cuidados de la salud con licencia, en el ejercicio de sus facultades profesionales, determinó que legalmente debían excluirse. **SI DESEA APELAR ESTA DECISIÓN, COMPLETE Y PRESENTE EL FORMULARIO ADJUNTO.**  
 **RECHAZADO y NO ES APELABLE** porque:

- El programa de Asistencia Médica no tiene información sobre usted en los correspondientes registros de Medicaid.  
 La autorización es defectuosa.  
 Otra \_\_\_\_\_

Firma del funcionario HIPAA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Puede presentar su queja en: The Office for Civil Rights, Department of Health and Human Services, Jacob Javits Federal Building, 26 Federal Plaza, Suite 3312, New York, NY 10228; teléfono 212 264-3313 o 1-800-368-1019; fax 212 264-3039, o TDD 212-264-2335. También puede presentar su queja en NYS Medicaid Help Line Office, 518-486-9057 o 1-800-541-2831. Las personas que usan TTY deben llamar a 1-800-662-1220. Usted no tendrá ninguna sanción por presentar una queja.