

**PETICION DEL RECIPIENTE A TENER ACCESO/OBTENER COPIA DE LA
INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre del Recipiente: _____

Número de identificación de Medicaid/Nevada Check Up: _____

Como indica la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Medico, usted tiene el derecho de tener acceso a inspeccionar y obtener una copia de su Información de Salud Protegida que está contenida en un archivo designado y mantenido por La División de Cuidados de Salud Financiamiento y Póliza (DHCFP).

(NOTA: DHCFP no mantiene su historia médica completa. Si necesita copia de su historia médica completa usted debe pedírsela a su proveedor de salud.)

Este derecho no aplica a:

- 1) Notas de Psicoterapia:
- 2) Información reunida en anticipación razonable a un caso civil o para ser usada en un caso criminal, acción administrativa o proceso judicial, y
- 3) Información de Salud Protegida que esta:
 - a) Sujeta a la Enmienda de Mejoramiento de Laboratorios Clínicos de 1988, 42 U.S.C. 263a, hasta el límite en que la provisión de acceso a usted sea prohibida por la ley; o
 - b) Esté exento de la Enmienda de Mejoramiento de Laboratorios Clínicos de 1988, conforme a 42 CFR 493.3 (a)(2).

Por favor indique específicamente la información a la que está pidiendo acceso:

La DHCFP responderá a su petición dentro de 30 días a partir de la fecha de su petición o dentro de 60 días si la información solicitada no es mantenida o no está accesible en el local de DHCFP. Nuestra respuesta puede ser: (1) informarle a usted de que aceptamos su petición y le proveemos a usted acceso y/o para informarle cuando las copias que usted pidió estarán disponibles; o (2) proveerle a usted por escrito una explicación si su petición ha sido negada y si usted tiene el derecho a una revisión de la negación.

Si la información requerida está contenida en más de un archivo designado o en más de una locación y si el acceso es garantizado, La DHCFP necesitará solamente proveerle a usted acceso a la información mantenida en una colección de archivos designados.

Por favor indique la forma o el formato en que a usted le gustaría recibir la información de salud solicitada:

Por favor indique los medios por los que usted desea inspeccionar u obtener una copia de la información de salud solicitada (fax, correo, en la locación, etc.), y provea los números de teléfono necesarios y la dirección:

Si la DHCFP no puede proveer la información en la forma o formato requerido, este se hará disponible a usted en copias legibles de papel u otra forma o formato en el que se acuerde.

¿Está usted de acuerdo en recibir un resumen de la información que solicito en vez de tener acceso?

Si No

La DHCFP quizás le ponga un cargo de \$5.00 por las primeras 5 páginas y \$0.25 por cada página adicional para cubrir el costo de la labor, copias y por la preparación del resumen de la información solicitada. ¿Está usted de acuerdo con los cargos impuestos por DHCFP por proveer las copias y el resumen de la información requerida?

Si No

Firma del Recipiente o Representante Personal

Fecha de hoy

Nombre en letra de Molde del Recipiente o Representante Personal

Relación con el Representante u Autoridad para Actuar en su Representación.

PARA EL USO DE DHCFP: Date request received by DHCFP: _____