

## Solicitud Suplementaria para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequible

Este formulario es utilizado junto con la Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequible (Asistencia Económica).

**Este formulario es necesario para:**

- Aquellas personas mayores de 65 años de edad;
- Aquellas personas menores de 65 años de edad que sean discapacitadas y/o estén solicitando una determinación de discapacidad, y
- Aquellas personas que estén solicitando una determinación basada en una necesidad médica.

Llene este formulario y envíelo a su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Este formulario puede ser enviado por correo a:**

DHHS, Medicaid Eligibility Program  
PO Box 85801  
Lincoln, NE 68501-9884

Contacte al Departamento si necesita ayuda para efectuar esta solicitud.

**1. Por favor llene la tabla a continuación por cada persona en su hogar.**

Para el tipo de vivienda por favor utilice las siguientes opciones: vivo en una casa – rentada/propia/hipotecada; alquilo un departamento, dúplex, triplex; alquilo una habitación; vivo en una pensión (alojamiento y comida); hogar para cuidado de familia adulta; centro de rehabilitación para discapacitados; vivienda con ayuda/asistida; asilo para ancianos; centro de cuidado de largo plazo, refugio para personas sin hogar; centro de tratamiento para drogas o alcohol; o para otro tipo de vivienda escriba el tipo.

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:	Estado civil y fecha en que se hizo efectivo (casado, soltero, divorciado)	Tipo de Vivienda:

**2. ¿Alguien está solicitando Exención para Adultos Mayores y Discapacitados, Servicios de Asistencia Personal, o PACE? (Exención para Adultos Mayores y Discapacitados, Programas de Asistencia Personal y PACE brindan cuidado a los individuos para ayudarlos con la rutina diaria; algunos ejemplos de los servicios brindados incluyen: ayuda para bañarse, vestirse, prepara la comida, limpiar la casa, comprar alimentos, transporte, etc.) PACE solo está disponible en ciertas regiones geográficas.**

Sí  No ¿Quién?: \_\_\_\_\_

**3. Si usted vive en una institución/organización o lugar fuera del hogar o departamento por favor proporcione:**

**Nombre de la persona que vive en esa institución:** \_\_\_\_\_

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección de la institución \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Fecha en que fue admitido o se mudó a esa institución: \_\_\_\_\_

**4. Si usted fue admitido o se mudó a la institución en los últimos seis meses y todavía está pagando gastos de vivienda de su residencia previa, por favor liste los gastos:**

Gasto:	Amount:	Paid to:	Frequency:
Renta:	\$		
Hipoteca:	\$		
Alquiler del lote:	\$		
Impuestos por la propiedad:	\$		
Seguro de vivienda:	\$		
Pagos del condominio/asociación:	\$		
Compañía de electricidad:	\$		
Compañía de gas natural:	\$		

**5. Complete lo siguiente si alguien tiene un guardián, tutor legal o apoderado legal:**

Nombre:	Guardián, tutor legal o apoderado legal:	Nombre y dirección del guardián, tutor legal o apoderado legal:

**Solicitud Suplementaria para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequible**

6. Complete esta sección para aquellas personas con discapacidades. Si todos tienen más de 65 años o no son discapacitados pase a las siguientes preguntas:

<b>Nombre:</b>
¿Determinado por el Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es esta condición el resultado de un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre de la persona y fecha del accidente:
Hay un abogado participando en este caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre y teléfono del abogado:
¿Hay una compañía de seguros participando en este caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre y teléfono del abogado:

7. ¿Alguien en su hogar tiene gastos médicos continuos?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿Quién?

8. ¿Usted o alguien en su hogar tiene alguno de los siguientes recursos? Esto incluye recursos en los cuales aparece su nombre o el nombre de cualquiera de los miembros de su hogar como el propietario.

Tipo de recurso:	Sí o No	Monto:	Propiedad de:	Número de Cuenta:	Nombre de la institución:
Dinero en efectivo:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Cuenta corriente:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Cuenta de ahorros:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Bienes raíces/ Propiedades/ Tierras para cultivo:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Fideicomisos:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Seguro de vida:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Fondos funerarios/fideicomisos/cupos:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Cuenta en el hogar para ancianos:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
401K, IRA, Keogh, A anualidades:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Certificado de depósitos:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Bonos de ahorros:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Acciones/inversiones:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		
Cultivo/ganado/maquinaria:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. 2.		

**Solicitud Suplementaria para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequible**

9. ¿Su nombre o el nombre de un miembro de su hogar aparece en el título de cualquier vehículo con o sin licencia? (Incluyendo autos, camionetas, motocicletas, vehículos de todo terreno, botes, RV's, motonieves, remolques, aviones, etc.). Por favor proporcione la información de cada vehículo:

Dueño:	Tipo de vehículo:	Modelo:	Año:	Valor:	Cantidad adeudada:
					\$
					\$
					\$
					\$

10. ¿Usted o su esposo(a), vendió, intercambió o regaló algo de valor sustancial en los últimos 60 meses (cinco años)? Por favor complete la información para cada artículo:

Dueño:	¿Qué fue vendido, intercambiado o regalado?:	¿Cuándo?:	Valor:
			\$
			\$

11. ¿Alguien en su hogar recibe dinero por manutención infantil/pensión alimenticia?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿Quién brinda el cuidado? \_\_\_\_\_

¿Monto cobrado? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se hace el cobro? \_\_\_\_\_

12. ¿Usted o alguien en su hogar recibe cobros por cuidado infantil o cuidado de dependientes?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿Quién brinda el cuidado? \_\_\_\_\_

¿Monto cobrado? \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia se hace el cobro? \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHO A:**

- Presentar una solicitud y discutir con el trabajador asignado o con su supervisor cualquier acción tomada con respecto a susolicitud o caso.
- Recibir asistencia de la persona que usted elija en el proceso de solicitud.
- Ser remitido a otras agencias privadas o públicas.
- Ver una copia de las regulaciones del programa.
- Llevar a cabo una entrevista en su hogar, en un lugar acordado mutuamente, o por teléfono.
- Una acción razonablemente oportuna con respecto a su solicitud de beneficios.
- Recibir un aviso adecuado de cualquier acción que afecte su solicitud o su caso.
- Una explicación completa los requisitos y beneficios del programa.
- Que su información sea mantenida de manera confidencial.

**USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

- Proporcionar información completa y correcta. Usted podría estar sujeto a sanciones penales bajo las leyes estatales o federales correspondientes, si no proporciona información completa y exacta. Usted es el principal responsable de proporcionar pruebas de la situación de su hogar, pero un trabajador social/encargado de caso le ayudará a obtener verificación si usted coopera con el proceso de solicitud.
- Solicitar y aceptar cualquier tipo de beneficios o ingresos potenciales para los cuales usted pudiera ser elegible, si así lo requiere un trabajador social.
- Efectuar un copago por ciertos servicios médicos si fuera requerido.
- Cooperar con el personal estatal y federal en una Revisión de Control de Calidad.
- Cooperar con el Programa de Salud Privada de Nebraska (Nebraska Managed Care Program) para ciertos beneficiarios de Medicaid.
- Hacer preguntas si no entiende algo acerca de cualquiera de los requisitos del programa.

**AUDIENCIAS JUSTAS**

Si usted no está de acuerdo con alguna acción tomada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) que afecta sus beneficios, puede solicitar por escrito una audiencia justa. Puede solicitar una audiencia justa verbalmente para el Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP) contactando al DHSS. Usted puede continuar recibiendo su nivel actual de asistencia hasta que se tome una decisión SI (1) usted solicita una audiencia dentro de los diez días posteriores a la fecha de la notificación por parte de la agencia, y (2) solamente para los beneficios de SNAP, su periodo de certificación no se ha vencido. Una petición para una audiencia justa se debe hacer dentro de los primeros 90 días después de la acción o la omisión. Usted o su representante tienen derecho a examinar el expediente de su caso. En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo, o ser representado por otra persona.

**DERECHOS CIVILES**

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), estas instituciones tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, contacte a: HHS Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC., 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (Teléfono de texto/TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

**REPORTAR CAMBIOS PARA MEDICAID**

- Reporte todos los cambios al DHSS dentro de los diez días posteriores al cambio. Cambios tales como:
- Cambios en el hogar, si alguien se muda dentro o fuera del hogar
- Si usted se muda
- Nuevo trabajo
- Culminación o cambio de trabajo-incluyendo entrenamiento para el empleo u otras actividades laborales
- Cambio en la cantidad de ingresos mensuales
- Cambios de discapacidad o incapacidad
- Un cambio en el seguro médico
- Cambio en un recurso
- Usted puede reportar estos cambios por internet en: [ACCESSNebraska.ne.gov](https://ACCESSNebraska.ne.gov) - haga clic en 'Reportar Cambios'.

## MEDICAID

**Responsabilidad de la tercera parte:** los individuos que reciben Asistencia Médica (Medicaid) le asignan al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) el derecho de cualquier apoyo médico u otro pago de cuidado médico, aceptan cooperar con el DHHS para establecer la paternidad y cooperar con el DHHS para contactar a cualquier tercera parte que esté disponible, tal como cualquier pago de seguro o acuerdo ordenado por el tribunal. Los beneficios de Medicare no son asignados. Los individuos deben cooperar con el DHHS para obtener el reembolso por el costo de cuidado médico y por los servicios proporcionados a cualquier miembro de la unidad de asistencia. No cooperar resultará en la terminación de la elegibilidad para asistencia médica para ese individuo. El DHHS cancelará el requisito de cooperación si determina que el individuo tiene una buena causa para negarse a cooperar. Si en algún momento usted quiere reclamar buena causa, debe decirle al DHHS que piensa que tiene una buena causa. Debe informar a su trabajador de caso que usted piensa que tiene una buena causa. Buena causa es la determinación por parte del DHHS de que cooperar en este caso va en contra del interés superior del menor o del individuo, porque se prevé que dicha cooperación resultaría en represalia, y causaría daño físico o emocional al individuo o a otra persona. ESTATUTOS REVISADOS DE NEBRASKA §§ 68-716, 68-916, y 68-917.

**Divulgación de los archivos médicos:** si se requiere, toda persona que tenga archivos e información, o custodia de tales archivos, de los individuos afiliados a Medicaid deben entregarlos al DHHS. Esta información será usada tal como lo estipula la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Información.

**Convenio para el reembolso de gastos médicos:** cuando el DHHS paga por los servicios prestados a un beneficiario de Medicaid, se debe incluir la cantidad que el DHHS ha pagado para tratar la lesión o la enfermedad en cualquier demanda legal en contra de una tercera parte. Si el individuo que recibe los beneficios de Medicaid recibe después un pago de seguro o pago por un acuerdo ordenado por el tribunal, el DHHS debe ser notificado del pago y se debe reembolsar al DHHS el dinero que pagó previamente por la asistencia médica.

Medicaid:

- Presente la prueba actual de su elegibilidad para Medicaid a los proveedores de servicios médicos antes de recibir dichos servicios.
- Pregunte a su proveedor de servicios médicos o al encargado de su caso sobre qué servicios son cubiertos.
- Informe al encargado de su caso y a sus proveedores sobre cualquier cobertura de seguro médico que usted tenga (incluyendo la cobertura dental.)
- Acepte inscribirse en un plan de seguro médico que ofrezca su empleador si el DHHS determina que es de menor costo.
- Acepte cumplir con los requisitos del cuidado de salud (Managed Care).
- Pague el costo de todos los gastos médicos que no estén cubiertos.
- Si usted recibe cualquier factura o estado de cuenta por parte de los proveedores o de las agencias de cobranza, usted es responsable de informarles de inmediato que tiene cobertura a través de Medicaid de Nebraska

El incumplimiento de ciertas condiciones puede resultar en que usted tenga que hacerse cargo de pagar las facturas.

**Requisito de anualidad:** como condición para recibir cobertura de asistencia médica para los servicios de Cuidado a Largo Plazo para usted o su cónyuge, el DHHS debe ser nombrado beneficiario designado de cualquier anualidad (pensión vitalicia), conforme a los estándares establecidos por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid:** bajo la ley federal (Ley de Seguridad Social, título 19, sec. 1917 {42 U.S.C. 1396P}) y la ley estatal (Estatutos Revisados de Nebraska 68-919), el Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid autoriza al DHHS a hacer la recuperación de las propiedades del patrimonio de los clientes de Medicaid fallecidos que estaban internados permanentemente en una institución, o eran mayores de 55 años de edad cuando fueron otorgados los beneficios. Las leyes federales y estatales contemplan ciertas exenciones para el Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid (471 NAC 38-000). Para más información o si tiene preguntas sobre este programa, puede contactar al DHHS y pedir el folleto del Programa para la Recuperación del Patrimonio de Medicaid "Medicaid Estate Recovery".

## Solicitud Suplementaria para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequible

### Al firmar esta solicitud acepto que

Con el fin de cumplir con los Estatutos Revisados de Nebraska del 4-108 al 4-114, por medio de la presente yo certifico que mis respuestas y la información provista en este formulario y en cualquier solicitud relacionada para recibir beneficios públicos son verdaderas, completas y exactas, y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos. Esta información puede ser verificada por el Servicio de Aduanas e Inmigración de los Estados Unidos [USCIS, por sus siglas en inglés] (antes conocido como INS) a través del envío de información de la solicitud a USCIS, y la información enviada por USCIS puede afectar la elegibilidad del hogar y el nivel de beneficios. Entiendo mis responsabilidades y acepto cumplirlas. Entiendo que es posible que tenga que presentar pruebas de lo que he dicho. Si una prueba escrita no está disponible, acepto dar el nombre de la persona u organización para que el Departamento de Salud y Servicios Humanos pueda obtener las pruebas necesarias. Cooperaré completamente con el personal estatal y federal durante una revisión de control de calidad (Quality Control Review).

Autorizo la divulgación de los números de seguro social provistos en esta solicitud al Departamento de Salud y Servicios Humanos, para que sean utilizados con los fines mencionados en la sección de Derechos y Responsabilidades.

### Autorización para la divulgación de Información

Por lo presente autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska y sus agentes a solicitar a terceros cualquier información o documentos necesarios para la administración de sus programas. Dichos terceros incluirán, entre otros, los siguientes: el Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, agencias de informes de consumidores e instituciones financieras. Cualquier tercero también estará autorizado para proporcionar cualquier información o documentos solicitados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska con respecto a mí mismo o, cuando lo exija la ley, a cualquier otra persona. Además, autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska a divulgar dicha información o documentos a las agencias estatales o federales que cooperan de acuerdo con cualquier ley aplicable.

Esta autorización se otorga solo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska para ser utilizada en la administración de sus programas y para ningún otro propósito. Continuará en vigencia hasta la fecha más temprana: la entrega de una decisión adversa final sobre mi solicitud de asistencia médica, el cese de mi elegibilidad para recibir asistencia médica o en el momento en que declare por escrito que rescindiré esta autorización.

Libero a cualquier tercero de cualquier y toda responsabilidad de mi parte y, cuando corresponda, a cualquier otra persona, por proporcionar la información o los documentos mencionados anteriormente.

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que lo ayudó.  
Representante autorizado / Guardián /  
Custodio / Apoderado legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta (si el solicitante firma con una marca)

### COMPLETE LO SIGUIENTE SI ES EL GUARDIÁN / CUSTODIO / APODERADO

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si se utilizó una marca)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Guardián / Custodio / Apoderado legal

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto miembro del hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono del Guardián / Custodio / Apoderado legal

¿El Guardián / Custodio / Apoderado legal recibe pago por sus servicios?

Sí  No

Por lo presente autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska y sus agentes a solicitar a terceros cualquier información o documentos necesarios para la administración de sus programas, incluida la información financiera. También autorizo la divulgación de mi Número de Seguro Social para este propósito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

# NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Esta notificación describe cómo puede ser utilizada y divulgada su información médica y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor revise la cuidadosamente.  
**Vigencia: 14 de abril de 2003**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska, y aquellas agencias, incluyendo los centros de salud y programas de asistencia médica, que están afiliadas bajo el control común de la Ley de Asociación de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (Nebraska Partnership for Health and Human Services), están obligadas, según la ley federal, a mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida y a dar información sobre los deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a la Información de Salud Protegida.

## PRÁCTICAS Y USOS:

- ❖ **El DHHS puede acceder, utilizar y compartir información médica con el propósito de:**
  - ❖ **Tratamiento:** Podemos utilizar la información médica para prestarle servicios o tratamiento médico. Por ejemplo, puede que un doctor tenga que decirle al nutricionista si usted tiene diabetes para que le diseñe un menú apropiado.
  - ❖ **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 médicas. 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:

- ❖ **Requerido por la ley:** Podemos utilizar o divulgar su información de Salud Protegida cuando así lo requiera la ley. En tal caso, usted será notificado.
- ❖ **Salud pública:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida para propósitos y actividades de salud pública a la autoridad competente autorizada por la ley para recolectar esta información.
- ❖ **Enfermedades transmisibles:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida, si así lo permite la ley, a cualquier 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.
- ❖ **Abuso o negligencia:** 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 contendrá lo solicitado por las leyes las leyes federales y estatales.
- ❖ **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, 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, con el propósito de hacer cumplir la ley.
- ❖ **Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés):** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a una persona o compañía, si así lo requiere la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- ❖ **Médicos forenses, directores funerarios, donación de órganos:** Podemos divulgar Información de Salud Protegida a un médico legista o a un médico forense con el propósito de identificar y determinar la causa de muerte, o para que el médico legista o forense realice otras labores autorizadas por la ley.
- ❖ **Investigación:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a investigadores, cuando las investigaciones hayan sido aprobadas por una junta institucional de revisión, para garantizar la privacidad de su Información de Salud Protegida.
- ❖ **Actividad criminal:** de conformidad con las leyes federales y estatales competentes, podemos divulgar su Información de Salud Protegida si lo consideramos necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- ❖ **Actividad militar y seguridad nacional:** 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.
- ❖ **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 recluso en una institución correccional/penitenciaria, mientras se le esté proporcionando cuidado médico.
- ❖ **Usos y divulgaciones requeridas:** De conformidad con la ley, 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 requerimientos del Código de Regulaciones Federales (CFR) 45, Título II, Sección 164 et. seq.

## OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Usted puede presentar una autorización por escrito para utilizar su información médica para otros propósitos, o revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

DHHS, HIPAA Privacy and Security Office, P.O. Box 95026, 301 Centennial Mall South, 3rd Floor, Lincoln, Nebraska 68509-502

**SU DERECHO A LA PRIVACIDAD:**

❖ **Derecho a revisar y a copiar.** Usted tiene derecho a revisar y a copiar información médica que podría ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Generalmente, esto incluye registros y facturas médicas, 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 al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA, a la dirección que se muestra en la parte superior de esta notificación. Si pide una copia de la información, podemos cobrarle por el costo de copiarla, enviarla por correo o por otros materiales asociados con su petición. En circunstancias muy limitadas podremos negar su petición para revisar y copiar información. Si se le niega acceso a su información médica, puede pedir que la negación sea revisada. Para más información, llame al (402) 471-8417.

❖ **Derecho a una rectificación.** Si considera que la información médica es incorrecta o incompleta, puede pedir que rectificamos 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 al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA, a la dirección que se muestra en la parte superior de esta notificación. Además, debe proporcionar una razón que respalde su petición. Podemos negarle la petición de rectificación si no es hecha por escrito o si no incluye una razón. Además, podemos negarla si pide que se modifique información que:

- No haya sido generada por nosotros, a menos que la persona o entidad que haya generado la información no esté disponible para hacer la rectificación;
- No sea parte de la información médica guardada por o para DHHS;
- No sea parte de la información que usted tiene permiso para revisar y copiar; o,
- Es completa y correcta.

❖ **Derecho a un registro de divulgaciones.** Usted tiene derecho a pedir un "registro de divulgaciones." Esta es una lista de las divulgaciones que se han hecho de su información médica. Para obtener esta lista, debe presentar su petición por escrito a la institución donde le prestaron el servicio, o al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA, a la dirección que se muestra en la parte superior de esta notificación. 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 de qué manera quiere que le entreguen la lista: por ejemplo, en papel, o por correo electrónico.

❖ **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a pedir una restricción o limitación de la información médica, pagos, u operaciones de cuidado de salud que nosotros utilicemos o divulguemos. También tiene derecho a pedir que se limite la información médica que divulguemos a quién esté relacionado con su cuidado o en el pago del mismo, como un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no utilicemos o divulguemos información sobre una cirugía que usted haya tenido.

❖ **No estamos obligados a acceder a su solicitud de restricciones.** Si accedemos, obedeceremos su petición a menos que cierta información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer la petición por escrito al lugar donde le prestaron el servicio o al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA, a la dirección que se muestra en la parte superior de esta notificación. En la petición debe incluir: (1) la información que desea restringir; (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambos; y (3) a quién debemos aplicar las restricciones; por ejemplo, divulgación de información a su cónyuge.

❖ **Derecho a pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de la manera o en el lugar que usted elija. Por ejemplo, puede pedir que solo nos contactemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacerlo por escrito al lugar donde le prestaron el servicio, o al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA. La petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

**Cómo presentar una queja respecto a su Derecho a la Privacidad.**

Si cree que su derecho a la privacidad ha sido violado, puede presentar una queja al DHHS o al **Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**. Para presentar una queja ante el DHHS, puede comunicarse con nuestro contacto de privacidad, **Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA al (402) 471-8417** de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:30 p.m., excepto los feriados estatales, o puede escribir a [dhhs.HIPAAOffice@nebraska.gov](mailto:dhhs.HIPAAOffice@nebraska.gov) para más información sobre el proceso de quejas. Para procesar una queja con 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). 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.

**Información de contacto**

[dhhs.HIPAAOffice@nebraska.gov](mailto:dhhs.HIPAAOffice@nebraska.gov)