

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA SERVICIOS DENTALES 2020-2021
DE THE ARC OF FLORIDA**

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Apodo: _____

Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social*: _____
* Usado para verificar la elegibilidad de APD

Dirección de correo: _____ Apto. N.º _____

Ciudad/estado: _____, FL Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Puede el Solicitante comunicar sus necesidades, dolor, etc.? Sí No

¿Es el Solicitante un adulto competente? Sí No ¿Puede viajar el Solicitante y está dispuesto a hacerlo? Sí No

Describa las cuestiones conductuales/físicas que podrían requerir adaptaciones para el tratamiento del Solicitante:

Información del contacto primario

Marque la persona a la que debemos contactar primero

Padre/madre Cuidador de DSP Coordinador del apoyo Entrenador de vida con apoyo
 Residencia en grupo Tutor legal

Cuidador: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Coordinador del apoyo de exenciones: _____ Número de celular: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Marque si el Solicitante es cliente de APD para uno de estos servicios: Exención Lista de espera CDC

¿Cuánto dinero de iBudget es para el tratamiento? \$ _____ ¿Tiene seguro dental privado el Solicitante? Sí No

¿Tiene Medicaid el Solicitante? Sí No Plan de atención médica administrada: Liberty MCNA DentaQuest

Contacto hecho con el plan de atención dental administrada: Inscrito Tratamiento denegado

No hay proveedor disponible Llamó a la línea de ayuda

Nombre del dentista actual: _____ Tipo de sedante que necesita: Ninguno Gas Oral

Intravenoso Hospital

Información importante: no responder estas preguntas puede retrasar el procesamiento

¿Tiene dolor dental el Solicitante? Sí No Si respondió que sí, qué nivel de dolor (1-10, siendo 10 dolor intenso) _____

¿Tiene el Solicitante una infección oral/absceso? Sí No ¿Está el Solicitante tomando analgésicos? Sí No

¿Ha observado el dolor algún dentista o profesional médico? Sí No

¿En qué parte de la boca siente dolor el Solicitante? _____

¿Cómo ha afectado el dolor las actividades diarias del Solicitante? _____

Este acuerdo se lleva a cabo entre The Arc of Florida, Inc. ("Arc") y _____, ("Receptor").

Solicitud de financiación: El Receptor ha solicitado que Arc le proporcione fondos para servicios dentales. La cantidad de servicios a pagar por Arc depende del costo de los servicios necesarios, los honorarios de los proveedores dentales y el plan de tratamiento. Arc solo está obligado a pagar los servicios preaprobados por escrito por Arc y los servicios que se prestan y están sujetos a los términos y las condiciones del contrato de Arc con la Agencia para Personas con Discapacidad (APD). Una vez que el Receptor reciba los servicios dentales aprobados, Arc le pagará al dentista elegido por el Receptor. Sin embargo, si el Receptor genera costos por servicios que exceden el monto preaprobado, el monto en exceso adeudado al dentista debe ser abonado por el Receptor. Todas las preaprobaciones se anularán al final del año fiscal estatal, que es el 30 de junio.

Elección de dentistas: Arc le ha proporcionado al Receptor una lista de dentistas que participan en el programa dental. El Receptor puede elegir entre cualquiera de estos dentistas para obtener los servicios dentales o puede solicitar otro dentista si el Receptor se encuentra en otro lugar. El Receptor debe saber que Arc no ha realizado ninguna verificación de antecedentes ni ha participado en ningún otro medio de verificación de las credenciales de dichos dentistas además de la verificación de que poseen una licencia dental activa con el Departamento de Salud de Florida. The Arc of la Florida ha verificado que toda escuela de odontología listada tenga una licencia con el Departamento de Salud de la Florida, pero Arc no ha verificado la licencia de ningún estudiante o personal empleado en la escuela de odontología. Arc proporciona una lista de dentistas para la conveniencia del Receptor y esto no respalda de ningún modo a dichos dentistas. Se reconoce que Arc no toma ninguna decisión ni proporciona ninguna información sobre el curso o los métodos de tratamiento y que todas estas decisiones las toma el profesional dental correspondiente y el Receptor está de acuerdo con ellas. **El receptor que recibe servicios dentales o un representante del receptor debe notificar a The Arc of Florida su cita para que se pueda arreglar el pago. Si, por alguna razón, el receptor pierde su cita, automáticamente perderá el derecho a esta financiación y ya no será considerado elegible para recibir servicios dentales de conformidad con este contrato.**

Exclusión de responsabilidad: El Receptor se compromete a no demandar a Arc por cualquier reclamo que surja de lesiones personales, daños a la propiedad, muerte por negligencia o actos ilegales causados por cualquier dentista, o cualquier persona empleada por el dentista, o que ocurran en las instalaciones del dentista. El Receptor acepta eximir a Arc de toda responsabilidad por cualquier pérdida monetaria relacionada con los servicios dentales recibidos. El Receptor reconoce que el dentista es un contratista independiente y que no trabaja para Arc.

Arbitraje: En caso de que las partes no puedan resolver amistosamente cualquier reclamo por parte del Receptor por daños y perjuicios, incluida la negligencia grave, en relación con los servicios prestados por Arc en virtud del presente acuerdo, el Receptor acepta que debe someterse la controversia a un arbitraje vinculante de conformidad con las normas de la Asociación Americana de Arbitraje ("AAA"). Cada parte deberá asumir sus propios costos, gastos y honorarios de abogados. La sede para el Arbitraje será en el condado de Leon, Florida.

Representante del Receptor: Si el abajofirmante firma este Acuerdo como representante legal del Residente, dicha persona reconoce que tiene la autoridad legal necesaria para obligar al Receptor, y mantendrá indemne e indemnizará a Arc por cualquier inadecuación de dicha autoridad o por cualquier asunto que surja como resultado de la firma de este acuerdo bajo dicha afirmación de autoridad legal y se afirma que es de cualquier manera incorrecta.

Consentimiento de fotografía *marque una:*

- Autorizo a The Arc of Florida a usar, reproducir y/o publicar fotografías y/o videos que puedan pertenecerme, que incluyen mi imagen, retrato y/o voz, sin compensación. Entiendo que este material puede ser utilizado en varias publicaciones, divulgaciones de asuntos públicos, materiales de reclutamiento, publicidad de servicio público (PSA) o para otros temas relacionados. Este material también puede aparecer en el sitio web de The Arc of Florida. Esta autorización es continua y solo puede ser retirada por mi rescisión específica de esta autorización. En consecuencia, The Arc of Florida puede publicar materiales, usar mi nombre, fotografía y/o referirse a mí de cualquier manera que The Arc of Florida considere apropiada para promover/publicitar oportunidades de servicio.
- No quiero que The Arc of Florida use, reproduzca y/o publique fotografías y/o videos que me pertenezcan.

Firmado en la fecha indicada por el Receptor o el Representante legal

Receptor de Servicios o Representante Legal Correspondiente

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a **The Arc of Florida, Inc.** ("Proveedor") a divulgar la información protegida de salud ("PHI") con respecto a:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento del Paciente: _____

Domicilio del Paciente: _____

Autorizo que la PHI sea divulgada a mi solicitud individual al siguiente receptor:

Nombre: _____ The Arc of Florida, Inc. Domicilio: _____ 2898 Mahan Drive Suite 1, Tallahassee, Florida 32308

Número(s) de teléfono: _____ 850-921-0460 Número de fax: _____ 850-921-0418 Correo electrónico: dental@arcflorida.org

Marque su respuesta:

Autorizo que se divulgue la siguiente PHI:

___ toda la información de salud del paciente en posesión del Proveedor, lo que incluye, pero no se limita a, información psiquiátrica, de tratamiento de salud mental, excluidas notas de psicoterapia, resultados de pruebas de VIH, información de pruebas genéticas o información de tratamiento de alcohol o drogas;

___ durante un período limitado comenzando desde _____ y finalizando el _____ toda la información de salud del paciente en posesión del Proveedor, lo que incluye, pero no se limita a, información psiquiátrica, de tratamiento de salud mental, excluidas notas de psicoterapia, resultados de pruebas de VIH, información de pruebas genéticas o información de tratamiento de alcohol o drogas;

___ PHI limitada sobre el paciente en posesión del Proveedor para excluir la siguiente información que solicito que no sea divulgada: _____
_____ⁱ

___ Otras, como se describen a continuación _____.

Comprendo y reconozco las siguientes declaraciones:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Proveedor por escrito la revocación, a menos que el Proveedor ya se haya basado en esta autorización para divulgar la PHI.
2. La PHI divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.
3. Firmo esta autorización de manera voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. Sin embargo, negarse a firmar esta autorización no detiene la divulgación de la PHI por parte del Proveedor que, de otra manera, tiene permitido, por ley, divulgarla sin mi autorización específica.
4. El Proveedor no condicionará mi tratamiento si firmo, o me niego a firmar, esta autorización.
5. Recibiré una copia firmada de este formulario.
6. Entiendo que, a menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará un año después de que el paciente sea dado de alta de la atención del Proveedor.

Marque su respuesta:

___ Soy el paciente y entiendo y acepto las disposiciones de esta autorización.

___ Entiendo y acepto las disposiciones de esta autorización en nombre del paciente mencionado anteriormente. He firmado con mi nombre individualmente como padre/madre de un paciente menor de edad Q como representante del paciente adulto y he adjuntado, o proporcionado previamente, una copia del documento que me autoriza a actuar como representante legal del paciente.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Firma del Padre/Representante Legal/Adulto Competente (si corresponde)

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

ⁱ El Proveedor está autorizado por ley a utilizar o divulgar la PHI por varios motivos sin requerir la autorización del paciente. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor para conocer más detalles.

The Arc of Florida, Inc.
AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Actualizado el 23 de mayo de 2019

Por ley, estamos obligados a poner a su disposición una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (“Aviso”). Al firmar este documento, usted reconoce que recibió o se le ofreció y rechazó una copia del Aviso.

En nuestra oficina, también podrá encontrar una copia actual del Aviso, que está a su disposición si la solicita. Si el Aviso se actualiza, usted puede revisarlo y obtener una nueva versión en cualquier momento.

Puede negarse a firmar este reconocimiento.

He recibido o rechazado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente (en imprenta): _____

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

En caso de ser el Representante Legal, especificar cuál es la relación con el paciente:

Fecha: _____

Para uso exclusivo de la oficina

No pudimos obtener este reconocimiento por escrito porque:

Iniciales: _____

Fecha: _____

THE ARC OF FLORIDA, INC. *CONSERVARLO PARA SUS REGISTROS AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Actualizado el 6 de mayo de 2016

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir información adicional sobre los asuntos cubiertos en este Aviso de Prácticas de Privacidad (“Aviso”), comuníquese con la Oficial de Privacidad de THE ARC OF FLORIDA, INC. (“ARC”) DEBORAH LINTON en 2898 MAHAN DRIVE SUITE 1, TALLAHASSEE, FL 32308 o comuníquese al: 1-800-226-1155.

Este Aviso se le proporciona conforme a los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica, el Título XIII de la Ley de Recuperación y Reinversión Americana de 2009 (la “Ley HITECH”) y los reglamentos asociados, según sean enmendados (colectivamente referido como “HIPAA”), que describen los deberes legales y las prácticas de privacidad de ARC con respecto a su Información Protegida de Salud (“PHI”). ARC está obligado a cumplir con los términos de este Aviso actualmente en vigencia, y es posible que tenga que revisar el Aviso periódicamente. Cualquier revisión requerida de este Aviso será efectiva para toda la PHI que ARC mantiene. Una copia actualizada del Aviso será publicada en cada oficina y usted puede solicitar una copia impresa o en formato electrónico.

La PHI consiste en toda la información individualmente identificable que es creada o recibida por ARC y que se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura, la prestación de atención médica que se le brinda, o el pago pasado, presente o futuro por la atención médica que se le preste.

USO Y DIVULGACIÓN DE PHI PARA LOS NO SE REQUIERE SU CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN

HIPAA permite que ARC use o divulgue su PHI en ciertas circunstancias, que se describen a continuación, sin su autorización. Sin embargo, la ley de Florida no permite la misma divulgación. ARC cumplirá con la ley que sea más estricta.

- 1. Tratamiento:** ARC puede usar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar sus servicios relacionados con la atención médica, incluida la consulta con los proveedores de atención médica acerca de su atención médica o la derivación de su caso a un proveedor de atención médica para recibir tratamiento. Por ejemplo, ARC puede analizar su información de salud con su dentista para programar las citas y discutir los detalles de su tratamiento. ARC también puede analizar sus servicios con su coordinador de asistencia de exención para asegurarse de que está recibiendo los beneficios necesarios para satisfacer sus necesidades.
- 2. Pago:** ARC puede usar y divulgar su PHI, según sea necesario, para obtener el pago de Medicaid por los servicios que ARC le proporciona a través de la Exención de Discapacidades del Desarrollo de Medicaid para el programa de hogar y comunidad. Por ejemplo, ARC puede divulgar y recibir información sobre usted de la Agencia para la Administración de Atención Médica de Florida (“AHCA”) y de la Agencia para Personas con Discapacidades (“APD”) según el tipo de servicios que reciba.
- 3. Operaciones de atención médica:** ARC puede usar o divulgar su PHI para llevar a cabo sus funciones administrativas. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificación de los profesionales de la salud, planificación y desarrollo empresarial, gestión empresarial y actividades administrativas generales. Por ejemplo, ARC puede divulgar su PHI a agencias de licencias o acreditación que revisen los tipos de servicios proporcionados.
- 4. Requerido por ley:** ARC puede usar o divulgar su PHI en la medida en que tal uso o divulgación sea requerido por la ley.
- 5. Salud pública:** ARC puede divulgar su PHI a una autoridad de salud pública, empleador o autoridad gubernamental apropiada autorizada para recibir dicha información con el propósito de: (a) prevenir o controlar de enfermedades, lesiones o incapacidades; reportar enfermedades o incapacidades; realizar vigilancia de salud pública, investigaciones de salud pública e intervenciones de salud pública; o, ante la directiva de una autoridad de salud pública, a un funcionario de una agencia gubernamental extranjera en colaboración con una autoridad de salud pública; o notificar abuso o negligencia infantil; (b) realizar actividades relacionadas con la calidad, la seguridad o la eficacia o las actividades o los productos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos; (c) notificar a una persona que haya estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que, de otra manera, pueda correr el riesgo de propagar una enfermedad o afección.
- 6. Abuso, negligencia o violencia doméstica:** ARC puede divulgar su PHI a una autoridad gubernamental autorizada para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica si cree razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Cualquier divulgación de este tipo se hará: 1) en la medida en que lo exija la ley; 2) en la medida en que la divulgación esté autorizada por ley o reglamento y ARC crea que la divulgación es necesaria para evitar daños graves a usted u otras víctimas potenciales; o 3) si usted acepta la divulgación.
- 7. Actividades de supervisión de la salud:** ARC puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud para cualquier actividad de supervisión autorizada por la ley, lo que incluye auditorías; investigaciones; inspecciones; licencias o acciones disciplinarias; acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos; u otras actividades necesarias para la supervisión del sistema de atención de la salud, programas de beneficios del Gobierno, cumplimiento con las normas de los programas regulatorios del Gobierno o leyes aplicables.
- 8. Procedimientos administrativos y judiciales:** ARC puede divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de un tribunal judicial o administrativo, o en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal una vez recibida la “garantía satisfactoria” de que usted ha recibido notificación de la solicitud.
- 9. Propósitos de aplicación de la ley:** ARC puede divulgar la PHI limitada sobre usted, con el fin de aplicar la ley, a un oficial de aplicación de la ley: (a) en cumplimiento de una orden judicial, una orden de detención, una citación o citación emitida por un funcionario judicial o una solicitud administrativa; (b) en respuesta a una solicitud de información con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (c) en respuesta a una solicitud sobre un individuo que se sospecha que es víctima de un delito, si, en circunstancias limitadas, ARC no puede obtener su consentimiento; (d) si la información se relaciona con una muerte que ARC cree que puede haber sido el resultado de una conducta criminal; (e) si la información constituye una prueba de conducta criminal que ocurrió en las instalaciones de ARC; o (f) en ciertas circunstancias de emergencia, para alertar a las fuerzas de seguridad sobre la comisión y la naturaleza de un crimen, la ubicación y las víctimas del crimen y la identidad, o la descripción y la ubicación del perpetrador del crimen.
- 10. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** ARC puede divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico con el propósito de identificar, determinar una causa de muerte u otros deberes autorizados por la ley. ARC puede divulgar su PHI a un director de funeraria, de acuerdo con todas las leyes aplicables, a fin de permitir que el director de la funeraria lleve a cabo sus funciones.
- 11. Investigación:** ARC puede divulgar su PHI para propósitos de investigación, siempre y cuando una junta de revisión institucional autorizada por ley o una junta de privacidad renuncie al requisito de autorización y siempre y cuando el investigador haga ciertas declaraciones con respecto al uso y la protección de la PHI.
- 12. Amenaza grave para la salud o la seguridad:** ARC puede divulgar su PHI, de una manera que sea coherente con las leyes aplicables y los estándares éticos, si la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público, o si la información es necesaria para arrestar a un individuo.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA 

13. **Funciones gubernamentales especializadas:** ARC también puede divulgar su PHI, (a) si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o extranjeras, para actividades que son consideradas necesarias por las autoridades militares apropiadas para asegurar la ejecución adecuada de una misión militar; (b) a oficiales federales autorizados para la realización de actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley; (c) a funcionarios federales autorizados para la prestación de servicios de protección al presidente, jefes de Estado extranjeros u otras personas autorizadas por la ley y para llevar a cabo investigaciones autorizadas por la ley; o (d) a una institución penitenciaria o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley que tenga la custodia legal sobre usted bajo ciertas circunstancias.

14. **Compensación de los trabajadores:** ARC puede divulgar su PHI según lo autorizado por, y en cumplimiento con, las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores y otros programas similares establecidos por la ley.

USOS Y DIVULGACIONES QUE USTED PUEDE OBJETAR

15. Si usted no se opone a los siguientes usos o divulgaciones de su PHI, ARC puede: 1) divulgar información relativa a su participación en su cuidado o pago relacionado con su cuidado a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo personal cercano u otra persona que usted identifique; 2) notificar a otros, o ayudar en la notificación, su ubicación, condición general o muerte; o 3) divulgar su PHI para ayudar en los esfuerzos de auxilio en caso de que suceda un desastre.

OTRO USOS Y DIVULGACIONES DE LA PHI

16. Cualquier uso o divulgación de su PHI que no se encuentre enumerado en este acuerdo se hará únicamente con su autorización por escrito. Usted tiene el derecho de revocar dicha autorización en cualquier momento, siempre y cuando la revocación sea por escrito, excepto en la medida en que: 1) ARC haya tomado medidas basándose en la autorización previa; o 2) si la autorización fue obtenida como condición para obtener cobertura de seguro, otra ley le otorgue al asegurador el derecho de impugnar un reclamo según la política o por la política misma.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

17. **Restricción de uso y divulgación:** usted tiene el derecho de solicitar que ARC restrinja la PHI que utiliza y divulga al llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar que ARC restrinja la PHI que divulga a un miembro de su familia, a otro pariente o a cualquier otra persona que usted identifique, lo cual es relevante para la participación de dicha persona en su tratamiento o en el pago de su tratamiento. Por ley, ARC no está obligado a aceptar cualquier restricción que usted solicite. Sin embargo, si ARC está de acuerdo con una restricción, solo puede revelar su PHI de acuerdo con esa restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle atención médica de emergencia. Si usted desea solicitar una restricción en el uso y la divulgación de su PHI, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, en la cual establece específicamente: 1) que usted está solicitando una restricción sobre el uso o la divulgación de su PHI; 2) qué PHI desea restringir; y 3) a quién desea que se apliquen las restricciones (por ejemplo, a su cónyuge). ARC no le preguntará por qué solicita esa restricción. El Oficial de Privacidad revisará su solicitud y le notificará si ARC está de acuerdo o no con la restricción solicitada. También tiene el derecho de solicitar que se restrinja la divulgación de su PHI a un plan de salud, si la divulgación es para el pago u operaciones de atención médica y la divulgación se refiere a un artículo o un servicio de atención médica por el cual usted ha pagado de su bolsillo en su totalidad.

18. **Se requiere autorización:** la mayoría de los usos y las divulgaciones de la PHI para la comercialización y la venta de la PHI requieren su autorización. Además, se prohíbe la divulgación de notas de psicoterapia sin su autorización, excepto cuando lo permita la ley.

19. **Recaudación de fondos:** ARC puede ponerse en contacto con usted con el fin de recaudar fondos para apoyar sus programas. Tiene la opción de optar por no participar en este tipo de comunicación.

20. **Comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su PHI. Puede solicitar que le envíen comunicaciones de su PHI de ARC mediante medios o a lugares alternativos. ARC se ajustará a todas las solicitudes razonables, pero se pueden imponer ciertas condiciones.

Para solicitar que ARC facilite la comunicación de su PHI mediante medios o a lugares alternativos, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad donde indique los medios alternativos por los cuales usted desea recibir comunicaciones o el lugar alternativo en el cual usted desea recibir dichas comunicaciones. ARC no preguntará por qué lo solicita.

21. **Acceso a la PHI:** tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI que ARC mantiene. Según HIPAA, usted no tiene el derecho de inspeccionar o copiar información recopilada con anticipación razonable o para su uso en una acción o un procedimiento civil, penal o administrativo, o información que ARC tiene, de otra manera, prohibido divulgar por ley.

Si desea inspeccionar u obtener una copia de su PHI, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Si solicita una copia de su PHI, ARC puede cobrar un importe por el costo de la copia y el envío de la información. También puede solicitar que le envíen una copia de su PHI de forma electrónica.

HIPAA permite que ARC rechace su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su PHI por ciertas razones limitadas. Si se le deniega el acceso, usted puede tener derecho a una revisión de esa negación. Si recibe una denegación de acceso y desea una revisión, comuníquese con el Oficial de Privacidad. El Oficial de Privacidad designará a un profesional de la salud con licencia para revisar su solicitud. Este profesional de atención médica no habrá participado en la decisión original de denegar su solicitud. ARC cumplirá con la decisión del profesional de atención de la salud que realiza la revisión.

22. **Enmienda de PHI:** tiene el derecho de solicitar que ARC enmiende su PHI. Para solicitar que se haga una enmienda a su PHI, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud por escrito debe proporcionar una razón que respalde la enmienda de la solicitud. ARC puede negar su solicitud si no contiene una razón que respalde la enmienda solicitada. Además, ARC puede denegar su solicitud para que su PHI sea enmendada si determina que: 1) la información no fue creada por ARC y la enmienda puede ser hecha en otra parte; 2) la información no es parte de un registro médico o de facturación; 3) la información no está disponible para su inspección; o 4) la información es exacta y está completa.

23. **Notificación de incumplimiento:** ARC le notificará después de un incumplimiento de su PHI, según lo requerido por ley.

24. **Informe de divulgación de su PHI:** tiene el derecho de solicitar una lista de cierta divulgación de su PHI realizada por ARC durante el período de hasta seis (6) años antes de la fecha en que usted haga su solicitud. Cualquier informe que usted solicite no incluirá: 1) divulgaciones realizadas para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica; 2) divulgaciones realizadas a usted; 3) divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización dada por usted; 4) divulgaciones realizadas a otras personas involucradas en su atención o con fines de notificación; 5) divulgaciones realizadas con fines de seguridad nacional o de inteligencia; 6) divulgaciones realizadas a instituciones correccionales o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; o 7) divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003. El derecho a recibir un informe está sujeto a otras excepciones, restricciones y limitaciones establecidas en los estatutos y los reglamentos aplicables.

Para solicitar un informe de divulgación de su PHI, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud por escrito debe establecer el período para el cual desea recibir un informe. ARC proporcionará un informe gratuito durante cada período de doce (12) meses. Si usted solicita informes adicionales durante el mismo período de doce (12) meses, es posible que se le cobre por todos los costos incurridos en la preparación y la provisión de ese informe. ARC le informará por adelantado el monto de cada uno de los informes y le permitirá modificar o retirar su solicitud con el fin de reducir o evitar el gasto.

25. **Obtener una copia de este Aviso:** tiene el derecho de solicitar y recibir una copia impresa o en formato electrónico de este Aviso en cualquier momento.

RECLAMOS

26. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar un reclamo ante ARC o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Para presentar un reclamo ante ARC, comuníquese con el Oficial de Privacidad en el domicilio indicado en la página 1 de este aviso. Todos los reclamos se deben presentar por escrito. ARC NO TOMARÁ REPRESALIAS CONTRA USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.