



**SOLICITUD DE ACCESO A LA DETECCIÓN
NEONATAL DE GENÉTICA EN SALUD PÚBLICA**
FORMULARIO DEL ESTADO 55649-S (R2 / 4-26)
DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA
PROGRAMA DE GENÉTICA EN SALUD PÚBLICA



INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
según el código 45 CFR § 164.524

El propósito de este formulario es para que el paciente, el tutor legal o el médico solicite revisar y obtener copias de información de salud protegida o de los registros médicos (y conjuntos de registros designados definidos según el código 45 CFR § 164.501) ya sea guardados por nosotros o por nuestros socios comerciales, excepto cuando usted no tiene derecho a revisar u obtener copias de las notas de psicoterapia, de la información obtenida con anticipación o para su uso en cualquier procedimiento civil, penal o administrativo, y cierta información y registros excluidos de la divulgación en virtud a 42 U.S.C. § 263a y otras leyes.

Para ejercer su derecho de tener acceso, complete y firme este formulario y envíelo junto con una copia de su identificación. Puede enviarlo de la siguiente forma:

Por correo electrónico: NewbornScreening@health.in.gov

Por correo postal: Attn: Privacy Officer, Office of Legal Affairs
Indiana Department of Health
2 North Meridian Street Indianapolis, IN 46204

El Programa de Genética de Salud Pública del Departamento de Salud de Indiana necesitará cierta información para procesar su solicitud. Si tiene alguna pregunta, llámenos al (888) 815-0006.

SECCIÓN A: Información solicitada

Por favor, indique qué información está solicitando para la persona mencionada a continuación:

- Resultados de las pruebas de detección neonatal para los recién nacidos antes del 2007.
- Resultados de las pruebas de detección neonatal para los recién nacidos después del 2008.
- Las muestras de las gotas de sangre seca.

Se proporcionarán los resultados de las pruebas de detección de recién nacidos ("Resultados de NBS", por sus siglas en inglés) para todas las condiciones médicas que estaban en el panel de Indiana en el momento de cada evaluación neonatal. Las muestras de las gotas de sangre seca son pruebas genéticas adicionales que se hacen dentro de los seis (6) meses y hasta tres (3) años después del nacimiento. Las muestras de las gotas de sangre seca solo se pueden proporcionar si el padre o tutor del paciente dio consentimiento de almacenar los restos de la sangre seca al nacer.

- Por favor complete la solicitud con su información si solicita una copia de sus resultados de las pruebas de detección neonatal. Cualquier persona que tenga al menos dieciocho (18) años debe completar la solicitud por sí mismo.
- Por favor proporcione la información de su hijo si está enviando la solicitud en su nombre.

Proporcione una breve descripción de la razón por la que desea que esta información sea compartida:

Describe la información que desea que se comparta de su registro médico:

SECCIÓN B: Información del paciente

Nombre del paciente al nacer: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Dirección: _____

No. de teléfono: _____

Nombre y apellido(s) de la madre biológica: _____

Lugar de nacimiento (nombre del hospital o lugar de parto donde nació el paciente en Indiana): _____

SECCIÓN C: Información de la persona a quien se le entregarán los registros

Nombre de la persona o proveedor: _____

Dirección: _____

No. de teléfono: _____ No. de fax: _____

Correo electrónico: _____

Al proporcionar su correo electrónico, acepta recibir por este medio las comunicaciones sobre este formulario y esta solicitud.

Método de preferencia para la entrega de los registros: Correo electrónico encriptado Correo Postal Fax

SECCIÓN D: AUTORIZACIÓN DE ACCESO:

Entiendo que una vez que se haya compartido la información solicitada, es posible que ya no esté protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés). Entiendo que cualquier entidad cubierta que solicite esta autorización puede que no necesite mi firma en este formulario para proporcionar o procesar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios. Puedo revocar mi autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna medida en función de mi autorización. La revocación por escrito entrará en vigor una vez recibida por el Oficial de Privacidad. Si no revoco esta autorización por escrito, esta solicitud de acceso caducará automáticamente:

treinta (30) días a partir de la fecha de su firma; o

una vez que se reciba los registros solicitados por la persona nombrada en la sección C; o

después de que ocurra un evento o condición descrita tal como: _____

Si no se selecciona ninguna opción, la solicitud caducará sesenta (60) días después de la fecha en que se realizó, de acuerdo con el Código de Indiana § 16-39-1-1.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: Si el paciente es mayor de dieciocho (18) años deberá firmar y escribir la fecha a continuación y proporcionar su identificación según se requiera abajo. Si el paciente es menor de dieciocho (18) años, el padre, tutor o representante del paciente debe firmar y escribir la fecha abajo en nombre del paciente y se debe proporcionar la identificación del padre, tutor o representante según se requiera a continuación.

Firma: _____ Fecha (mes/día/año): _____

Nombre completo (letra imprenta): _____

Nombre completo del padre o del tutor (letra imprenta): _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Dirección: _____

No. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Al proporcionar su correo electrónico, usted da su consentimiento para recibir por este medio las comunicaciones sobre este formulario y esta solicitud.

Se requiere identificación para todas las solicitudes de información de salud protegida que se presentan en virtud de HIPAA. Las listas de las formas de identificación que se aceptan se muestran a continuación. **Por favor, proporcione una fotocopia legible de una (1) forma de identificación de la Lista A o dos (2) de la Lista B con su solicitud.**

Lista A (preferible): Proporcione una fotocopia de una (1) de las siguientes formas de identificación:

- **Licencia de conducir válida (ambos lados)**
- **Identificación válida del estado (ambos lados)**
- Identificación del trabajo con firma
- Identificación militar con firma
- Identificación de la escuela con firma
- Identificación de veteranos
- Identificación de libertad condicional
- Pasaporte

Lista B: Si no puede proporcionar una forma de identificación de la Lista A, proporcione una fotocopia de dos (2) de las siguientes formas de identificación:

- Tarjeta de seguro social
- Documento impreso y sellado del seguro social
- Tarjeta de crédito o tarjeta bancaria con firma (*solo en la parte posterior*)
- Registro de los vehículos motorizados (*debe ser de seis (6) meses de vigencia*) – NO ENVIE LOS TÍTULOS DE VEHÍCULOS
- Permiso de armas válido de Indiana
- Contrato de alquiler o arrendamiento (*debe tener seis (6) meses de vigencia*)
- Licencia profesional vigente
- Referencia de la agencia estatal
- Solicitud de empleo (*debe tener seis (6) meses de vigencia*) - NO ENVIE LOS TALONARIOS DE CHEQUES
- Verificación de empleo en papel membretado
- Tarjeta de la biblioteca con firma
- Declaración de impuestos firmada del año anterior – NO ENVIE DECLARACIONES DEL W2

Una solicitud de acceso se debe responder dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que fue recibida, salvo que los registros solicitados se encuentren fuera del lugar. En este caso, disponemos de sesenta (60) días para responder.