



SOLICITUD DE ACCESO A LA EVALUACIÓN GENÓMICA Y PRUEBAS DE DETECCIÓN NEONATAL

FORMULARIO DEL ESTADO 57473 (8-24)
DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA
PROGRAMA DE EVALUACIÓN GENÓMICA Y PRUEBAS DE DETECCIÓN NEONATAL



Indiana
Department
of
Health



NEWBORN SCREENING
INDIANA

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 médica protegida o información 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 con una fotocopia de una forma de identificación como se describe a continuación.

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

Por correo electrónico: NewbornScreening@health.in.gov

Necesitaremos cierta información para que nosotros, el Programa de Evaluación Genómica y Pruebas de Detección Neonatal del Departamento de Salud de Indiana, podamos 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 que se describe 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.**
- Muestras de 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 sangre seca son pruebas genéticas adicionales que se hacen dentro de los seis (6) meses y hasta tres (3) años después del nacimiento.

- 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 si 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:

Describa 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 (número y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal): _____

_____ No. de teléfono: _____

Nombre y apellido de la madre biológica: _____

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

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

Nombre de la persona o proveedor: _____

Dirección (número y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal): _____

_____ No. de teléfono: _____

No. de fax: _____ Correo electrónico: _____

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

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: _____

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: Si el paciente es mayor de dieciocho (18) años, el paciente debe firmar y escribir la fecha. Si el paciente es menor de dieciocho (18) años, el padre, tutor o representante del paciente debe firmar, escribir la fecha y proporcionar su información.

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 (número y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal): _____

_____ No. de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

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

Se requiere una (1) o dos (2) forma de identificación para todas las solicitudes de información médica protegida que se presentan en virtud de HIPAA. Las listas de las formas de identificación que se aceptan se muestran a continuación. **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	Lista B
Proporcione una fotocopia de una (1) de las siguientes formas de identificación:	Si no puede proporcionar una forma de identificación de la Lista A, proporcione una fotocopia de dos (2) de las siguientes formas de identificación:
Licencia de conducir válida (ambos lados)	Tarjeta de seguro social
Identificación válida del estado (ambos lados)	Documento impreso y sellado del seguro social
Identificación del trabajo con firma	Tarjeta de crédito o tarjeta bancaria con firma (solo en la parte posterior)
Identificación militar con firma	Registro de los vehículos motorizados (debe ser de seis (6) meses de vigencia) – NO ENVIE LOSTÍTULOS DE VEHÍCULOS
Identificación de la escuela con firma	Permiso de armas válido de Indiana
Tarjeta de identificación de veteranos	Contrato de alquiler o arrendamiento (debe tener seis (6) meses de vigencia)
Tarjeta de identificación de libertad condicional	Licencia profesional vigente
Pasaporte	Referencia de la agencia estatal
	Solicitud de empleo (debe tener seis (6) meses de vigencia) - NO ENVIE LOSTALONARIOS DE CHEQUES
	Verificación de empleo en papel membretado
	Carné de la biblioteca con firma
	Declaración de impuestos firmada del año anterior – NO ENVIE DECLARACIONES DEL W2

Después de recibir la solicitud de acceso, deberá recibir una respuesta por parte de nosotros dentro de treinta (30) días, a menos que los registros solicitados estén fuera del sitio, en cuyo caso nos tomará sesenta (60) días en responder.

**** RESERVADO PARA USO DEL PERSONAL DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA ****

SECCIÓN E: Proceso de la solicitud. Oficial de privacidad ("PO", por sus siglas en inglés) para completar o proporcionar una respuesta por correo electrónico.

Fecha de entrega de la solicitud (mes/día/año): _____

Fecha de envío de la solicitud al oficial de privacidad (mes/día/año): _____

Fecha de aprobación de la solicitud y de envío a los departamentos de los proveedores o socios comerciales para buscar los registros solicitados (mes/día/año): _____

Fecha de prórroga: si no recibe una respuesta dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de su solicitud, nosotros podemos tener una extensión de treinta (30) días notificando al solicitante dentro del período de la respuesta original con el motivo de la extensión y la fecha en la que proporcionaremos nuestra respuesta.

Fecha de envío del aviso de la prórroga(mes/día/año): _____

Fecha de respuesta del aviso de la prórroga (mes, día, año): _____

Razón de la prórroga: _____

SECCIÓN F: Denegación de solicitud: Para que el oficial de privacidad complete en el formulario o por correo electrónico SOLO si la solicitud es denegada.

Fecha de envío de la denegación de la solicitud (mes, día, año): _____

Fecha de la solicitud del solicitante para la revisión de la denegación (mes/día/año): _____ (Adjunte la solicitud).

Fecha de la presentación del reclamo por parte del solicitante (mes/día/año): _____

(Consulte el formulario de RECLAMO para conocer la naturaleza del reclamo y su disposición)

La solicitud de acceso se concedió y se envió al solicitante, y la aprobación se envió a los departamentos del proveedor o a los socios comerciales para buscar los registros solicitados en (mes/día/año): _____

FIRMA DEL OFICIAL DE PRIVACIDAD – Firma en el formulario o en el correo electrónico.

Yo, un abogado de la Oficina de Asuntos Legales del Departamento de Salud de Indiana (IDH), doy fe de que la información anterior es correcta.

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

Nombre completo (letra imprenta): _____ Título: _____