

3

Seguros

Las siguientes preguntas son acerca de seguros que sus niños tienen actualmente:

A. ¿Hay alguno de los niños mencionados en la sección 2 quien tenga aseguranza médica? Si No si es asi, por favor complete la lista:

Nombre del niño	Nombre del asegurador	¿Esta el seguro cubierto por el trabajo o comprado privadamente? (Por favor circule uno)
		Cubierto / Privado
		Cubierto / Privado
		Cubierto / Privado

B. ¿Hay aseguranza médica disponible para sus niños por su trabajo? Si No si es asi, por favor complete la lista:

Nombre del niño	Nombre del Patrón	Numero del Patrón	Costo (para este niño)	Frecuencia de pago

C. Ha tenido alguno de los niños aplicando para CHIP aseguranza medica en los últimos 90 días? Si No

4

Ingresos

Por favor anote todos los ingresos de toda las personas que viven en su casa. (Incluya ingresos de empleo, pensión alimenticia, seguridad social, compensación de desempleo, etc.)

Nombre de la persona quien recibió el dinero	Nombre del Patrón u origen de los ingresos	Cantidad antes de Impuestos	¿Con que frecuencia este cantidad?

Yo entiendo que...

Todas las informaciones reunidas en este formulario serán verificadas. Un chequeo de computadora se hará cuando yo aplique y después que yo reciba los beneficios. Puede que mis beneficios sean reducidos, denegados a terminados según la declaracion en estas fuentes de información.

El proveer a sabiendas información falsa puede resultar en acción criminal, civil o administrativa.

Según sea necesario, la información en esta solicitud puede usarse para determinar si se reúne los requisitos para Medicaid.

Aquellas personas que solicitan CHIP deben ser ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros con licencia legal de residencia. Yo no tengo que divulgar información ciudadaní para miembros de casa que aplican a CHIP. CHIP verificará los numeros de su tarjeta de residencia con el U.S. Citizenship and Imigration Services (USCIS). CHIP no divulgará miembros indocumentados a USCIS.

Los beneficios que recibo son limitadas a las que se describen en el manual del proveedor

Yo, _____ juro que la información dada en esta solicitud es la verdad y exacta.

Firma del Solicitante

Fecha

establecido para este programa. También estoy de acuerdo que estos manuales pueden ser enmendados sin el consentimiento y consideración mías.

Yo puedo pedir una audiencia justa si no estoy de acuerdo con las decisiones que se toman sobre esta solicitud.

El sistema de información sobre las vacunas del estado de Utah, (Utah Statewide Immunization Information System (USIIS)) es un registro que mantiene un archivo completo y al día del historial de las vacunas de su niño. Para más información, o para quitar su niño del USIIS, llame al "Immunization hotline" al 1-800-275-0659.

Tengo que informar a CHIP cualquier cambio de residencia, miembro del casa y accoso de cobertura bajo otro plan de aseguranza médica.

CHIP no hace discriminación sobre la base de raza, origen étnico, religión, sexo o impedimento.

No Complete Esta Sección A B M Denied

Authorized Signature

Date

UTAH DEPARTMENT OF HEALTH, CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA SUYA
SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y CÓMO UD. PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
REVÍSELO CUIDADOSAMENTE, POR FAVOR - ENTRA EN VIGOR 14- 04-2003

El Ministerio de salud de Utah, programa de seguros de salud para niño (CHIP) (Children's Health Insurance Program) entiende que la información sobre su salud es personal, y está cometido a proteger esta información. La ley exige que CHIP mantenga su información médica privada, que se le dé esta notificación, y a que se apege a las condiciones de esta notificación.

PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD Y CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA

Puede que CHIP use su información médica para llevar a cabo nuestro negocio. Los ejemplos incluyen:

- **Tratamiento** - Para determinar apropiadamente aprobación o denegación de tratamientos médicos para Ud. Por ejemplo, los profesionales de cuidado medico de CHIP pueden revisar el plan de tratamiento del que le provee el cuidado médico por necesidades médicas.
- **Pago** - Para determinar si Ud. reúne los requisitos del programa de CHIP y para hacer pagos a su empresa de seguros médicos CHIP. Por ejemplo, puede que el que le provee servicios médicos envíe facturas para pago a CHIP por servicios médicos que se le provee a Ud.
- **Administración de cuidado de salud** - Para evaluar el rendimiento de un plan de seguros de salud o un proveedor de cuidado de salud. Por ejemplo, CHIP hace contratos con consultores quienes revisan los archivos de hospitales u otras organizaciones para determinar la calidad de cuidado que Ud. recibió.
- **Propósitos de información** - Para darle a Ud. información útil tal como opciones en los planes de seguros de salud, ponerle al corriente de beneficios del programa, exámenes médicos gratis e información sobre protección para consumidor.

SUS DERECHOS PRÓPIOS

Usted tiene el derecho a:

- Pedir restricciones en cómo usaremos y compartiremos su información médica. Consideraremos detenidamente a todas las peticiones para restricciones, pero no estamos obligados concordar con cualquier restricción.
- Pedir que usemos un número de teléfono o dirección específico para comunicarnos con Ud.
- Inspeccionar y hacer copias de su información médica, incluso los archivos médicos y de facturas. Pueden aplicarse costos. Bajo circunstancias limitadas, puede que deneguemos su acceso a una porción de su información médica y Ud. puede pedir una reconsideración de la denegación. *
- Pedir que se corrija o añada a su información médica. *
- Pedir una explicación de ciertas divulgaciones de su información médica que hacemos. La explicación no incluye divulgaciones que hacemos para tratamientos, pagos, y administración de cuidado de salud y algunas divulgaciones que la ley requiere. Su petición tiene que declarar el período de tiempo deseado para la explicación, que tiene que estar dentro de los seis años previos a su petición y excluye fechas previas al 14 de abril, 2003. La primera explicación es gratis pero un gasto aplicará si hace más de una petición dentro de un lapso de 12 meses. *
- Pedir una copia en papel de esta notificación aun si concuerda recibirla de forma electrónica.

Note: Las peticiones que se marcan con una estrellita () tienen que hacerse por escrito.*

Comuníquese con el oficial de privacidad de CHIP para el formulario apropiado para su petición.

EL COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Hay situaciones limitadas cuando se nos permite o se nos requiere divulgar información médica sin tener su autorización firmada. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar el programa de CHIP y las siguientes:

- Para propósitos de salud pública tal como el informar de enfermedades transmisibles, enfermedades relacionadas al trabajo, u otras enfermedades y heridas que se permite por ley; informar nacimientos y muertes; e informar las reacciones a drogas y problemas con aparatos médicos
- Proteger a los víctimas de abuso, negligencia o la violencia doméstica
- Para actividades de supervisión de salud tal como investigaciones, auditorías e inspecciones
- Para juicios legales y procedimientos similares
- Cuando de otra forma lo exige la ley
- Cuando se pide por agencias de orden público que se exige por la ley o por orden judicial
- A los médicos forenses, y a los directores de funeraria
- Para la donación de órganos o tejido
- Para investigaciones aprobadas por nuestro proceso de reexaminación bajo pautas rígidas federales
- Para reducir o prevenir una amenaza seria a la salud y seguridad del público
- Para indemnización por accidentes y enfermedades de trabajo (Workers' Compensation) u otros programas similares si Ud. se lastima en el trabajo
- Para entidades del gobierno especializados tal como inteligencia o seguridad nacional

Todo otro uso y divulgación que no se describe en esta notificación requiere su autorización firmada. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento con una declaración escrita.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD

La ley exige que CHIP:

- Mantenga la privacidad sobre su información de salud
- Provea esta notificación que describe las maneras en que podemos usar y compartir su información médica
- Se apegue a las condiciones de la notificación que este en vigor actualmente.

Reservamos el derecho de hacer cambio a esta notificación en cualquier momento y de hacer que las prácticas de privacidad aplique sobre toda la información que guardamos. La notificación actual se fijará en las oficinas de CHIP y en nuestro sitio de internet (website), <http://health.utah.gov/hipaa>. Usted también puede pedir una copia de cualquier notificación del oficial de privacidad de CHIP (CHIP Privacy Officer) que se alista abajo.

CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS

Si Ud. desearía más información sobre sus derechos de privacidad, tiene preocupación que sus derechos no han sido respetados, o si no concuerda con una decisión que hemos hecho sobre el acceso a su información médica, comuníquese con el oficial de privacidad de CHIP (CHIP Privacy Officer), Gayleen Henderson, al 801-538-6135; 288 North 1460 West, 4th Floor, PO Box 144102, Salt Lake City, Utah 84114-4102; ghenderson@utah.gov.

Investigaremos toda queja y no buscaremos represalias contra Ud. por entregar una queja.

Usted también puede entregar una queja por escrito a la oficina de derechos civiles (Office of Civil Rights), 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201