



Petición Para Limitar Los Usos Y Revelación De Información Médica

- Usted tiene el derecho de pedir que el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois (Agencia) limite la manera en que usa y comparte su información médica personal para propósitos de tratamiento, pago y cuidado de salud.
- No se requiere que la Agencia esté de acuerdo con la petición de limitación, pero hará lo que pueda para acomodar todas las peticiones razonables.
- Usted puede estar de acuerdo verbalmente o por escrito en retirar su petición de limitación, en cualquier momento. La Agencia puede terminar el acuerdo para limitar cómo usa y comparte la información médica personal si le informa a usted que ha terminado el acuerdo. El acuerdo para terminar la limitación sólo es para la información médica personal que la Agencia produce o recibe después de la fecha en que la Agencia le informa a usted que el acuerdo de limitación ha sido terminado.

Mi nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Núm. de Identificación del Beneficiario (RIN): _____

Yo pido que la Agencia limite la manera en que usa y comparte mi información médica personal de esta manera:

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe esta Designación de Representante Personal o Revocación a:

Privacy Officer
Office of the General Counsel
Healthcare and Family Services
201 S. Grand Ave. East, 3rd Floor
Springfield, IL 62763-1000

Fax: 1-217-524-2397

Si usted tiene preguntas, comuníquese con el Oficial de Privacidad en la dirección a la izquierda, o el siguiente número de teléfono. La llamada es gratis

Teléfono sin cargos: 1-800-226-0768
(Línea de Información de Beneficios de Salud)

Teléfono sin cargos para las personas que usan un teletipo
(TTY): 1-877-204-1012

Correo electrónico:
HFS.privacy.officer@illinois.gov