



Petición Para Acceso A La Información De Salud

- Usted tiene el derecho a tener acceso a su información personal de salud que tiene el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias (Agencia). La Agencia puede negarle el acceso a su información personal de salud si:
 - su información personal de salud contiene notas de psicoterapia o se reúne para preparar y usar en un proceso administrativo, civil o criminal; o
 - un profesional de salud con licencia haya determinado que el acceso a su información personal de salud puede poner en peligro su seguridad o la seguridad de otra persona; o
 - su información personal de salud se refiere a otra persona.
- Usted puede revisar su información personal de salud en una oficina de la Agencia, o puede pedir que se le envíe por correo una copia de su información personal de salud. La primera copia que le proveen cada año es gratis. Cada copia adicional de cada año le costará \$0.25 por página.
- Usted puede pedir que se le envíe por correo un resumen escrito o su información personal de salud.

Mi nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Núm. de Identificación del Beneficiario (RIN): _____

Yo pido que la Agencia me dé acceso a toda o a una parte de mi información personal de salud descrita abajo para el periodo desde: _____ hasta _____

Descripción de mi información personal de salud:

- Yo quiero revisar mi información personal de salud en una oficina de la Agencia.
- Yo quiero recoger una copia de mi información personal de salud en una oficina de la Agencia.
- Yo quiero que la Agencia me envíe por correo una copia de mi información personal de salud. Entiendo que cada año la primera copia que me proveen es gratis y cada copia adicional costará \$0.25 por página.
- Yo quiero que la Agencia me envíe por correo un resumen escrito de mi información personal de salud.

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