

PETICIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA/CLÍNICA

Usted ha solicitado un arreglo razonable que requiere documentación médica/clínica. Favor de seguir las instrucciones más abajo.

INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN

- Favor de pedirle a su proveedor que rellene **las páginas 3 y 4** de este formulario. Necesitamos esta información para tomar una decisión respecto a su solicitud de arreglo razonable. Si usted desea enviarnos estas páginas, envíelas por correo a:

Human Resources Administration
Office of Constituent Services (OCS)
150 Greenwich Street, 35th Floor
New York, NY 10007

Usted también puede faxear el formulario al **212-331-4685**, enviarlo por correo electrónico a ConstituentAffairs@dss.nyc.gov o entregárselo a su trabajador

- Favor de firmar la Autorización de HIPAA en **la página 6** si usted desea que su proveedor nos envíe los formularios. Esto nos permitirá tratar de la información con su proveedor. Su proveedor debe enviarnos **las páginas 3 y 4** de este formulario. También aceptaremos documentación firmada en el papel con el membrete del proveedor con licencia.

- Usted (o su proveedor) debe proporcionarnos todos los documentos médicos/clínicos que justifiquen su solicitud **dentro de treinta (30) días**.

- Usted es responsable de devolvernos los documentos (o asegurarse de que su proveedor lo haga) para justificar su solicitud.

- Nosotros revisaremos toda la documentación que se nos proporcione y le enviaremos a usted un aviso por escrito de nuestra decisión respecto a su Petición de Arreglo Razonable.

- Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o su representante autorizado puede interponer apelación ante el Funcionario de Cumplimiento (Compliance Officer) de ADA de la HRA. Nosotros revisaremos su apelación para cerciorarnos de haber tomado la decisión justa

Para interponer su apelación usted debe solicitar la apelación por escrito **dentro de treinta (30) días** de la fecha en que le informemos de la decisión.

(Voltee la página)

¿NECESITA AYUDA PARA OBTENER DOCUMENTOS?

- Si usted necesita ayuda para obtener documentos de parte de su proveedor, favor de firmar y devolver la Autorización HIPAA en **las páginas 5 y 6**. Esto nos permitirá hablar con su proveedor y obtener los documentos necesarios.
- Si sus afecciones le dificultan obtener la documentación médica/clínica para justificar su solicitud, favor de llamarnos al **212-331-4640** para asistencia.

(Voltee la página)

PETICIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA/CLÍNICA

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR

Su paciente ha solicitado que la Administración de Recursos Humanos (HRA por sus siglas en inglés) le conceda un arreglo/modificación razonable a fin de recibir acceso efectivo a los programas, beneficios y servicios de la HRA. Favor de proporcionar una descripción detallada de la(s) afección(es) física(s) y/o mental(es) que le impiden al paciente desempeñar ciertas tareas y participar en ciertas actividades, cualquier arreglo razonable necesario y la relación entre el arreglo y la discapacidad o estado del paciente. Usted puede adjuntar información médica adicional a los formularios, según necesario.

Favor de faxear este formulario relleno al 212-331-4685 o devolvérselo al paciente.

Nombre del paciente (en letra de molde):

Fecha de nacimiento:

Número de seguridad social, de saberlo:

Número del caso, de saberlo:

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

**Número de teléfono
del proveedor médico:**

1) Favor de indicar la(s) afección(es) médica(s) y/o psiquiátrica(s) del paciente:

2) Favor de proveer una descripción detallada de las restricciones/limitaciones específicas que afecten la capacidad del paciente de realizar ciertas tareas y de participar en ciertas actividades. Favor de describir cómo esto afecta la capacidad del paciente de transportarse y de participar en citas de la HRA.

(Voltee la página)

PETICIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA/CLÍNICA (continuación)

- 3) Indique si la(s) afección(es) del paciente es/son permanentes, crónicas o temporarias. Si las afección(es) del paciente es/son temporaria(s), favor de indicar la duración anticipada.

- 4) Indique qué tratamientos, de haberlos, el paciente recibe actualmente asociados con su (s) afección(es) médicas y/o psiquiátricas, incluidos, sin limitarse a, todo medicamento o terapia..

- 5) Favor de describir el arreglo razonable necesario para el paciente y cómo dicho arreglo ayudará al paciente con sus afecciones médicas y/o psiquiátricas.

- 6) ¿Le dificultan al paciente su(s) afección(es) físicas y/o psiquiátricas participar en las siguientes actividades? (En caso afirmativo, favor de describir en detalle las dificultades que el paciente experimenta para cada casilla marcada):

Caminar y/o subir escaleras: Descripción: _____

Transportarse y/o viajar por transporte público: Descripción: _____

Funciones cognitivas (p.ej., concentración, memoria, comprensión). Descripción:

Permanecer sentado(a) o parado(a) por tiempo prolongado. Descripción:

Estar en sitios concurridos. Descripción: _____

Firma del proveedor con licencia

Fecha

Número de licencia del proveedor

(Voltee la página)

AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Nombre del paciente:

Número de Seguridad Social:

Dirección del paciente:

Fecha de nacimiento:

Yo, o mi representante autorizado, solicito/a que se divulgue la información médica respecto a mi cuidado y tratamiento tal como se estipula en el presente formulario. Conforme al Artículo

27-F de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, la Regla de Confidencialidad de la Ley de 1996 de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico 1996 (HIPAA), y 42 U.S.C. § 290dd-2 y las reglas de implementación en 42 C.F.R. Part 2, entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con **ALCOHOLISMO y DROGADICCIÓN, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL** excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH*** sólo si anoto mis iniciales en la línea indicada en el Artículo 10(b). En caso de que la información médica detallada a continuación incluya cualquiera de este tipo de datos, y de que yo anote mis iniciales en la casilla en el Artículo 10(b), autorizo explícitamente la divulgación de tal información indicada en el Artículo 10(b) por la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (NYC HRA por sus siglas en inglés).
2. En caso de que la HRA determine que yo sea posiblemente elegible para beneficios federales para discapacitados, autorizo a la HRA para que divulgue mis datos de tratamiento médico y/o de salud mental, lo que puede incluir información confidencial relacionada con VIH y/o expedientes de tratamiento para alcoholismo o drogadicción a la Administración de Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés) para que revise mi elegibilidad para beneficios federales para discapacitados.
3. Entiendo que tengo derecho de solicitar una lista de las personas quienes pudieran recibir o utilizar mis datos relacionados con VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información relacionada con VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al **212-961-8650** o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al **212-306-7450**. Estas agencias tienen la responsabilidad de proteger mis derechos.
4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago a los proveedores del mismo, la inscripción en un plan médico, o la elegibilidad para beneficios no estarán sujetos a mi autorización de esta divulgación. No obstante, si yo no autorizo a la HRA para compartir mis datos médicos con la SSA, esto puede resultar en la discontinuación de mis beneficios de Asistencia en Efectivo (CA por sus siglas en inglés).

*** El Virus de Inmunodeficiencia Humana causa el SIDA. La Ley de Salud Pública de Nueva York protege la información que pueda identificar dentro de lo razonable a una persona con síntomas o infección de VIH o SIDA, o identificar dentro de lo razonable a alguien que pueda haber sido expuesto al VIH o SIDA mediante contacto con una persona protegida.**

(Voltee la página)

5. Entiendo que puedo anular esta autorización excepto en la medida que la HRA y mi proveedor médico ya la hayan cumplido.

Puedo anular esta autorización en cualquier momento al escribir al proveedor médico a la dirección de la HRA indicada a continuación:

**NYC Human Resources Administration, Office of Constituent Services,
150 Greenwich Street, 35th Floor, New York, NY 10007**

6. Bajo ciertas circunstancias, los destinatarios autorizados de mis datos médicos pueden tener derecho a divulgar nuevamente mi documentación médica, sin tener que obtener consentimiento adicional por escrito de parte mía. Entiendo que tal nueva divulgación puede carecer del amparo de la ley federal o estatal

7. **Esta autorización no le concede a mi proveedor el derecho de tratar con nadie de mi información médica o de mi caso médico excepto con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York, como se estipula en el artículo 10(b).**

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR DE INFORMACIÓN MÉDICA

8. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad autorizados para divulgar esta información:

9. Nombre y dirección de la agencia a la cual se enviará esta información:

**NYC Human Resources Administration, Customized Assistance Services,
Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor,
New York, NY 10007.**

10(a). Información concreta a divulgarse:

Los expedientes médicos para todo el año previo a la fecha de la firma a continuación. Incluya (*indique por sus iniciales*):

- Tratamiento para alcoholismo/ Drogadicción Información psiquiátrica
 Información relacionada con VIH

10(b). Al anotar mis iniciales aquí _____, autorizo a _____
(iniciales) (Nombre del proveedor de cuidado médico particular)
para tratar de mi información médica con la **Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York.**

11. Motivo de la divulgación de datos: **A petición del paciente**

12. Fecha o circunstancia en que se vencerá esta autorización: **Un año desde la fecha de la firma**

13. A no ser la firma del paciente, nombre del firmante: _____

14. Autoridad para firmar a nombre del paciente: _____

Se han rellenado todos los artículos en este formulario, y se han contestado mis preguntas respecto a este formulario. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

Firma del paciente o representante legalmente autorizado(a)

Fecha