



Department of Health

ANDREW M. CUOMO
Governor

HOWARD A. ZUCKER, M.D., J.D.
Commissioner

SALLY DRESLIN, M.S., R.N.
Executive Deputy Commissioner

Por favor, escriba su nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Formulario para optar por la exclusión de compartir información médica en el programa Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP)

Para ayudarle a recibir mejor el cuidado de salud como parte del DSRIP, el programa de Medicaid del estado de New York desearía compartir información con su Performing Provider System (PPS) local sobre el cuidado de salud y tratamiento que usted ha recibido. PPS son los médicos que ya le han brindado cuidado de salud. Tener esta información le ayuda a su(s) médico(s) y al equipo de cuidado de salud a ofrecerle mejor atención médica. Su privacidad es muy importante para nosotros. Por eso, usted controla cómo se usa su información personal.

Como miembro de Medicaid, usted ya ha autorizado a que Medicaid del estado de New York, sus proveedores y su plan de salud accedan a su información para ayudarle a recibir cuidado más fácilmente, para pagar por su cuidado de salud y para manejar su cuidado. Este formulario no cambia esa autorización. Hasta ahora, NYS solamente ha compartido su información de contacto con su sistema (PPS) de su DSRIP. **Este formulario nos permite informar a Medicaid que no puede compartir su información médica con el sistema (PPS) de su DSRIP. Además, previene que Medicaid comparta con un PPS cualquier otra información, datos o alguna de su información médica protegida.** Esto se conoce como “optar por la exclusión”. Esto significa que usted no recibirá ninguno de los servicios que PPS esté desarrollando en su área para ofrecer mejor cuidado de salud a los miembros de Medicaid.

Usted puede optar por la exclusión para que PPS no comparta su información médica de Medicaid, de la siguiente manera:

- llamando a la línea de ayuda de Medicaid al 1-855-329-8850
Línea de TTY: 1-800-662-1220
- completando este formulario y enviándolo por correo a la siguiente dirección:
NYS Department of Health
PO BOX 11726
Albany, NY 12211

Usted puede optar por la exclusión en cualquier momento. Si usted opta por la exclusión, Medicaid del estado de New York no compartirá ninguna parte de su información médica protegida con su PPS local. Si usted no desea compartir con PPS parte de su información médica protegida, usted tiene que optar por la exclusión.

Sin embargo, Medicaid del estado de New York, sus proveedores de cuidado de salud y su plan de salud continuarán compartiendo su información médica protegida, tal como lo aceptó usted al unirse a Medicaid del estado de New York y según lo permitan las leyes federales y del estado de New York.

Si desea optar por la exclusión para que Medicaid no comparta su información médica con su PPS local, usted debe presentar esta solicitud ante el Departamento de salud a más tardar dentro de

30 días. Procesar su solicitud podría tardar hasta 60 días. Si desea que Medicaid comparta su información con PPS, usted no tiene que hacer nada, ni tiene que enviarnos esta carta por correo.

He leído toda esta sección y entiendo mis derechos. Entiendo que al completar este formulario, le estoy diciendo al programa de Medicaid del estado de New York que yo no quiero que Medicaid comparta mi información médica protegida con PPS.

Firma del miembro de Medicaid, o del padre o tutor

Fecha de hoy:

Su número de Medicaid:

Su número de teléfono completo:

If you would like to view this letter in English, please visit the following website:

http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/dsrip/consumers.htm

Si desea ver esta carta en este tamaño de letra (18 puntos), visite el siguiente sitio web:

http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/dsrip/consumers.htm