



Seminole

**Programa de Detección Temprana de Cáncer
de Mama y Cuello del Útero de Florida
(Florida Breast and Cervical Cancer
Early Detection Program, FBCCEDP)**

PAQUETE DE SOLICITUD

Paciente y sitio web únicamente

Si tiene alguna pregunta, llame al:

Coordinador regional:

Arlene Cardona

Condados atendidos por región:

Seminole, Lake

Teléfono:

407-665-3185

Fax confidencial:

407-665-3302

**Use la lista de verificación de abajo para asegurarse de que toda la documentación
esté completada y se envíe con esta portada a:**

Seminole

Oficina regional del FBCCEDP por fax confidencial o enviar por correo a:

Florida Department of Health Seminole County
Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program
400 W. Airport Blvd.
Sanford, FL 32773

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PACIENTES

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Acuerdo anual de la solicitante |
| ☐ | Formulario de elegibilidad económica |
| ☐ | Formulario de inscripción para pacientes |
| ☐ | Inicio de servicios <i>(solo para los Departamentos de Salud del Condado)</i> |
| ☐ | Autorización para revelar información confidencial |
| ☐ | Orden de mamografía de su proveedor |



Seminole



Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello del Útero de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program)

Formulario de inscripción para pacientes

APELLIDO:

NOMBRE:

APELLIDO DE
SOLTERA:FECHA DE
NACIMIENTO:

1. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE (Complete todas las secciones de esta solicitud).

INFORMACIÓN DE CONTACTO

DIRECCIÓN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD Y CÓDIGO

POSTAL:

DIRECCIÓN DE CORREO

ELECTRÓNICO:

TELÉFONO PRINCIPAL:

TELÉFONO

ALTERNATIVO:

MAJOR HORA PARA LLAMARLA:

☐ a. m. ☐ p. m. ☐ A cualquier hora☐ ¿Podemos dejar un mensaje?DÍA/HORA PREFERIDOS
PARA LA CITA¿CÓMO SUPO DE ESTE PROGRAMA?
(Marque todas las que correspondan).☐ Sociedad Americana contra
el Cáncer☐ Folleto☐ Departamento de Salud del
Condado☐ Evento/Feria de salud de la
comunidad☐ Familia/Amigos☐ Internet/Sitio web☐ Consultorio médico privado☐ Periódico☐ Centro de salud calificado
por el gobierno federal☐ Otro☐ Tarjeta☐ Televisión☐ Radio☐ Redes sociales☐ Sesión educativa☐ Publicidades/Paradas/Cartel
es de autobús☐ Vallas publicitariasNombre de la clínica de salud de
la comunidad:

ESTADO DE EXAMEN DE DETECCIÓN (Marque solo una respuesta).

☐ Inicial (primera vez en el programa) ☐ Examen de detección nuevo
(previamente en el programa)☐ Examen de seguimiento de corto plazo o de repetición
(menos de 300 días desde el último examen de detección)

¿Tiene usted seguro médico?

☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", ¿cuál es su seguro?

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

ESTADO DE RESIDENCIA Y CIUDADANÍA (Marque todas las que
correspondan).☐ Residente
de Florida☐ Ciudadana
de EE. UU.☐ Ciudadana en
estado legal☐ OtroIDENTIFICACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA (Marque todas las
que correspondan).☐ Hispana/Latina☐ No hispana/No latina

IDENTIDAD RACIAL

☐ India americana o nativa de Alaska☐ Asiática☐ Negra o afroamericana☐ Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico☐ Blanca de una isla

IDIOMAS QUE HABLA

Idioma principal que habla:

Otros idiomas hablados:

Idioma que prefiere para
recibir correo:☐ Inglés☐ Español☐ H. Creole

BARRERAS

¿Hay alguna barrera que le impida asistir a sus citas?

☐ Transporte☐ Idioma☐ Discapacidades☐ Otro (lista)

FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID# or Pseudo SS#: _____

APELLIDO:

NOMBRE:

APELLIDO DE
SOLTERA:

FECHA DE
NACIMIENTO:

2. HISTORIA MÉDICA

ESTADO GENERAL DE SALUD (Marque todas las que correspondan).

- ☐ Diabetes ☐ Prediabetes
☐ Presión alta ☐ Colesterol alto

ESTATURA (pulgadas): PESO (libras):

INFORMACIÓN DE EXAMEN DE MAMAS (Marque todas las que correspondan)

- ☐ ¿Tiene implantes de mamas?
☐ ¿Tiene problemas de mama actualmente? Explique:

- ☐ ¿Alguna vez le diagnosticaron cáncer de mama?
Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tratamiento recibió?

¿Cuándo terminó su tratamiento? (Mes/Año)

¿Cuándo se hizo la última mamografía antes de inscribirse en este programa? (Mes/Año)

- ☐ Nunca ☐ No estoy segura (más de 2 años)

¿Dónde se hizo su última mamografía? (Proveedor, ciudad, estado)

HISTORIA FAMILIAR

¿Ha recibido alguien de su familia, como su madre, hermana, hermano o padre, un diagnóstico de cáncer de mama? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué familiar?

CONSUMO DE TABACO

(incluye vapeo, cigarrillos electrónicos y productos similares) (Marque todas las que correspondan).

- ☐ Diario ☐ ¿Le dieron una remisión a Quitline?
☐ Algunos días ☐ Remisión rechazada
☐ Nunca/En absoluto ☐ Estoy interesada en dejar de fumar.
☐ Se niega a contestar

INFORMACIÓN DE EXAMEN DE CUELLO DEL ÚTERO (Marque todas las que correspondan)

- ☐ ¿Tiene problemas de cuello del útero actualmente? Explique:
☐ ¿Alguna vez le dijo un médico que usted tenía cáncer de cuello del útero invasivo?
Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tratamiento recibió?

¿Cuándo terminó su tratamiento? (Mes/Año)

¿Cuándo se hizo la última prueba de Papanicolaou antes de inscribirse en este programa? (Mes/Año)

- ☐ Nunca ☐ No estoy segura (más de 10 años)

¿Cuándo se hizo la última prueba de Papanicolaou? (Proveedor, ciudad, estado)

- ☐ ¿Alguna vez se hizo una histerectomía? Especifique si fue parcial o total.
☐ Histerectomía parcial (Todavía tengo cuello del útero) ☐ Histerectomía total (no tengo cuello del útero)
¿Cuál fue el motivo de la histerectomía?

FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID# or Pseudo SS#:



Acuerdo anual del solicitante

El Acuerdo Anual del Solicitante (AAA) se usa para obtener autorización e información de mujeres elegibles inscritas en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Seno y Cervical (FBCC). El FBCC recopilará la información médica protegida de los participantes (PHI) y la información de identificación personal (PII) necesarias para prestarle servicios al paciente.

Lea cada declaración de abajo y acepte firmando al final del documento.

Como solicitante del FBCC, declaro que:

1. Soy residente de Florida, quiero ser cliente del FBCC y puedo retirarme en cualquier momento.
2. El ingreso anual neto de mi familia es o está por debajo del 200 % de los Niveles federales de pobreza (FPL), y no tengo un seguro médico que cubra pruebas de detección de cáncer de seno y cervical.
3. Ya no seré elegible para el FBCC si mis ingresos cambian y superan el 200% del Nivel federal de pobreza.
4. Me comunicaré con el FBCC en cuanto tenga un seguro médico, y les daré el nombre de la compañía de seguros, el número de póliza y la fecha de vigencia. Si mi seguro médico cubre exámenes de detección de cáncer de seno y cervical, el FBCC ya no pagará mis pruebas.
5. Revelaré cualquier prueba de detección de cáncer de seno o cervical que pueda afectar mi elegibilidad en la inscripción en el FBCC.
6. Es posible que tenga que pagar una parte de los gastos de algunos servicios.
7. Un proveedor autorizado me hará las pruebas de detección de cáncer de mamas o cervical (examen de seno, mamografía o prueba de Papanicolaou).
8. **Acepto completar cualquier prueba de seguimiento en un plazo de 60 días. Si no cumplo estas directrices, podría ser responsable de una parte o del total de los gastos de todos los servicios.**
9. Permitiré el intercambio y la revelación de mi información médica entre mis proveedores de atención médica, el FBCC, el Registro de datos de cáncer del Departamento de Salud de Florida, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros relacionados con mi atención médica. Esta información podría incluir mi historial médico y los resultados de exámenes y procedimientos, aunque no los haya pagado el FBCC.
10. Acepto recibir llamadas al teléfono de mi casa o a mi celular y comunicaciones a mi correo electrónico o dirección postal de parte del FBCC y del Programa de Medicaid del Departamento de niños y familias (Department of Children and Families, DCF) sobre mi atención médica.
11. Entiendo que el FBCC es un programa de pruebas de detección de cáncer de mama y cervical, no un programa de tratamiento de cáncer.
12. Si me diagnostican cáncer de mama o cervical mediante una prueba de detección del FBCC, me remitirán al Programa de Medicaid del DCF, que decidirá si soy elegible para recibir los beneficios de Medicaid que cubren los gastos del tratamiento. Puedo volver a aplicar al FBCC para hacer pruebas de detección una vez que haya completado el tratamiento.
13. Este acuerdo es por un año, a menos que cambie mi elegibilidad para el programa. Si cambia mi estado de elegibilidad, o se vence este acuerdo, es posible que yo sea responsable de los servicios prestados durante el período de inelegibilidad en el FBCC.
14. **Según lo autoriza la ley federal, sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos, la recopilación de los números de seguro social por el Departamento de Salud de Florida para el FBCC podrá ser necesaria para enviar una solicitud y recibir los beneficios de Medicaid.**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Coordinador regional en la oficina regional local del FBCC en:

Regional local de FBCC: SEMINOLE Teléfono: (407) 665-3185

Firma del cliente

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico del cliente:



Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cervical de Florida (FBCC)

ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Nombre del cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Número de identificación:** _____

1. ¿Tiene **Medicaid**? ☐ sí ☐ NO ☐ ¿Tiene **Medicare**? ☐ sí ☐ NO
2. ¿Tiene otro **seguro médico**? ☐ sí ☐ NO Nombre del seguro _____
3. **Número de personas en sugrupo familiar.** _____ (inclúyase a usted, cónyuge o compañero de unión civil e hijos dependientes)
4. **Ingresos netos de su grupo familiar (después de impuestos):** \$ _____ mensuales ☐ \$ _____ anuales

Tamaño de la familia	2025 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2025 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,608.25	\$31,299.00
2	\$3,524.91	\$42,299.00
3	\$4,441.58	\$53,299.00
4	\$5,358.25	\$64,299.00
5	\$6,274.91	\$75,299.00
6	\$7,191.58	\$86,299.00
7	\$8,108.25	\$97,299.00
8	\$9,024.91	\$108,299.00
9	\$9,941.58	\$119,299.00
10	\$10,858.25	\$130,299.00

Certifico que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento al Departamento de Salud para investigar y verificar la información. Entiendo que puedo ser enjuiciado según la ley estatal si deliberadamente doy información falsa.

NOTA:

Si obtengo cobertura de seguro médico mientras esté bajo el FBCC, es mi responsabilidad notificar a la oficina REGIONAL del FBCC lo antes posible.

Firma _____

Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, llame al coordinador regional al _____ Arlene 407-665-3185 _____ de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Haremos todo lo posible por devolverle la llamada de manera oportuna.

Además, entiendo que todas mis pruebas de detección y procedimientos de diagnóstico deberán completarse en 60 días o NO se puede garantizar el pago de estos servicios.



INICIO DE LOS SERVICIOS

PARTE I **CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR**

Nombre del cliente: _____

Nombre de la Agencia: _____

Dirección de la Agencia: _____

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a proporcionar la atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y puede implicar consultas médicas, incluyendo, obtención de mi historia médica, evaluaciones, exámenes médicos, administración de medicamentos o análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

Al poner mis iniciales en este renglón, reconozco que he recibido una Hoja informativa de consentimiento informado sobre telesalud y que doy mi consentimiento para que se ofrezcan algunos servicios a través de telesalud. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, lo que discontinuará el uso de los servicios de telesalud sin afectar mi derecho a la atención o al tratamiento futuros.

PARTE II **CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN** (Solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, TB y prevención de trastornos por abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y de administración de casos. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE), lo que permite el acceso a los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si elige no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar si pide y firma un formulario de exclusión del HIE.

PARTE III **CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE** (Solo aplica a clientes de Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia de arriba a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para este u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que se paguen los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago.

PARTE IV **CESIÓN DE LOS BENEFICIOS** (Solo aplica a pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de esos beneficios no debe superar los cargos médicos establecidos en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE V **OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL**

(Este aviso se entrega según la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, use o revele mi número del Seguro Social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del Seguro Social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

PARTE VI **SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

Firma del cliente o su representante

Relación propia o del representante con el cliente

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VII **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, _____ REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente a partir del _____
Firma del cliente o su representante Fecha



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE READ IT CAREFULLY

USES AND DISCLOSURES OF YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Protected health information includes demographic, social and behavioral determinants of health (SBDOH), and medical information that concerns the past, present, or future physical or mental health of an individual. Demographic information could include your name, address, telephone number, Social Security number and any other means of identifying you as a specific person. SBDOH may include, but not be limited to, income, food insecurity, socioeconomic status, education level, homeless. Protected health information contains specific information that identifies a person or can be used to identify a person.

Protected health information is health information created or received by a health care provider, health plan, employer, or health care clearinghouse. The Department of Health (Department) can act as each of the above business types. This medical information is used by the Department in many ways while performing normal business activities.

Your protected health information may be used or disclosed by the Department for purposes of treatment, payment, and health care operations. Health care professionals use medical information in the clinics or hospital to take care of you. Your protected health information may be shared, with or without your consent, with another health care provider for purposes of your treatment. The Department may use or disclose your health information for case management and services. The Department clinic or hospital may send the medical information to insurance companies, Medicaid, or community agencies to pay for the services provided to you.

Your information may be used by certain Department personnel to improve the Department's health care operations. The Department also may send you appointment reminders, information about treatment options or other health-related benefits and services.

Some protected health information can be disclosed without your written authorization as allowed by law. Those circumstances include:

- Reporting abuse of children, adults, or disabled persons.
- Investigations related to a missing child.
- Internal investigations and audits by the Department's divisions, bureaus, and offices.
- Investigations and audits by the state's Inspector General and Auditor General, and the Florida Legislature's Office of Program Policy Analysis and Government Accountability.
- Public health purposes, including vital statistics, disease reporting, public health surveillance, investigations, interventions, and regulation of health professionals*.
- District medical examiner investigations*.
- Research approved by the Department.
- Court orders, warrants, or subpoenas.*
- Law enforcement purposes, administrative investigations, and judicial and administrative proceedings*.

*A disclosure of reproductive health records by the Department to law enforcement, a judicial or administrative tribunal, medical examiner, or health oversight entity will require an attestation by

the requesting individual or entity before such records are released by the Department. The attestation requires acknowledgment of one of the following provisions:

- The purpose of the use or disclosure of protected health information is not to investigate or impose liability on any person for the mere act of seeking, obtaining, providing, or facilitating reproductive health care or to identify any person for such purposes; or alternatively,
- The purpose of the use or disclosure of protected health information is to investigate or impose liability on any person for the mere act of seeking, obtaining, providing, or facilitating reproductive health care, or to identify any person for such purposes, but the reproductive health care at issue was not lawful under the circumstances in which it was provided.

Other uses and disclosures of your protected health information by the Department will require your written authorization. These uses and disclosures may be for marketing or research purposes, certain uses and disclosure of psychotherapist notes, and the sale of protected health information resulting in compensation to the Department,

This authorization will have an expiration date that can be revoked by you in writing.

INDIVIDUAL RIGHTS

You have the right to request that the Department restrict the use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment, or health care operations. You may also limit disclosures to individuals involved with your care. The Department is not required to agree to any restriction.

You have the right to be assured that your information will be kept confidential. The Department will make contact with you in the manner and at the address or phone number you select. You may be asked to put your request in writing. If you are responsible to pay for services, you may provide an address other than your residence where you can receive mail and where the Department may contact you.

You have the right to inspect and receive a copy of your protected health information that is maintained by the Department within 30 days of the Department's receipt of your request to obtain a copy of your protected health information. You must complete the Department's Authorization to Disclose Confidential Information form and submit the request to the local county health department or Children's Medical Services office. If there are delays in the Department's ability to provide the information to you within 30 days, you will be told the reason for the delay and the anticipated date your request can be fulfilled.

Your inspection of the information will be supervised at an appointed time and place. You may be denied access to some records as specified by federal or state law.

If you choose to receive a copy of your protected health information, you have the right to receive the information in the form or format you request. If the Department cannot produce it in that form or format, you will be given the information in a readable hard copy form or another form or format that you and the Department agree to.

The Department cannot give you access to psychotherapy notes or certain information being used in a legal proceeding. Records are maintained for specified periods of time in accordance with the law. If your request covers information beyond that time, the Department is not required to keep the record and the information may no longer be available.

If access is denied, you have the right to request a review by a licensed health care professional who was not involved in the decision to deny access. This licensed health care professional will be designated by the Department.

You have the right to correct your protected health information. Your request to correct your protected health information must be in writing and provide a reason to support your requested correction. The Department of Health may deny your request, in whole or part, if it finds the protected health information:

- Was not created by the Department.
- Is not protected health information.
- Is, by law, not available for your inspection.
- Is accurate and complete.

If your correction is accepted, the Department will make the correction and inform you and others who need to know about the correction. If your request is denied, you may send a letter detailing the reason you disagree with the decision. The Department may respond to your letter in writing. You also may file a complaint, as described below in the section titled Complaints.

You have the right to receive a summary of certain disclosures the Department may have made of your protected health information. This summary does not include:

- Disclosures made to you.
- Disclosures to individuals involved with your care.
- Disclosures authorized by you.
- Disclosures made to carry out treatment, payment, and health care operations.
- Disclosures for public health.
- Disclosures to health professional regulatory purposes.
- Disclosures to report abuse of children, adults, or disabled persons.
- Disclosures prior to April 14, 2003.

This summary does include disclosures made for:

- Purposes of research, other than those you authorized in writing.
- Responses to court orders, subpoenas, or warrants.

You may request a summary for not more than a 6 year period from the date of your request.

If you received this Notice of Privacy Practices electronically, you have the right to a paper copy upon request.

The Department of Health may mail, text, or call you with health care appointment reminders.

PARTICIPATION IN THE HEALTH INFORMATION EXCHANGE NETWORK

Access to information about your health history, societal and behavioral factors, and medical care is critical to help ensure that you receive high-quality care and gives your health care provider a more complete picture of your overall health. This can help your provider make informed decisions about your care. The information may also prevent you from having repeat tests, saving you time, money, and worry. Recent advancements in technology now support the safe and secure electronic exchange of important clinical information from one health care provider to another through Health Information Exchange (HIE) networks. The Department and its county health departments participate in an HIE network and also participate in several HIE

networks with trusted outside health care providers to quickly and securely share your health information electronically among a network of health care providers, including physicians, hospitals, laboratories and pharmacies. Your health information is transmitted securely and only authorized health care providers with a valid reason may access your information. By sharing information electronically through a secure system, the risk that your paper or faxed records may be misused or misplaced is reduced.

Participation in HIE is completely your choice.

Choice 1. YES to HIE participation. If you agree to have your medical information shared through HIE and you have a current Initiation of Services form on file, you need not do anything. By signing that form, you have granted the Department permission to share your health information through the HIE.

Choice 2. NO to HIE participation. You can choose to not have your information shared electronically through the HIE network (opt out) at any time, by completing the Health Information Exchange Opt-Out Form available at the county health department. If you decide to opt out of HIE, health care providers will not be able to access your health information through HIE. You should understand that if you opt out, the health care providers treating you are still permitted to contact the Department to ask that your health information be shared with them as stated in this Notice of Privacy Practices. Opting out does not prevent information from being shared between members of your care team. Please note, opting out does not affect health information that was disclosed through HIE prior to the time you opted out.

Choice 3. You may change your mind at any time.

You may consent today to the sharing of your information via HIE and change your mind later by following the instructions on the opt out form described under Choice 2.

Alternatively, you may opt out of HIE today and change your mind later by submitting the Department's Revocation of HIE Opt Out Request Form.

PERSONAL HEALTH RECORDS (PHR) MOBILE APPLICATION SYNCHRONIZATION WITH USER DATA

As part of the services provided by the Department, you can download the companion PHR mobile application to access your personal health records. This application is the mobile version of the Florida Health Connect portal.

The purpose of the PHR mobile application is to provide you with access to your health information through your mobile device. You can synchronize your Florida Health Connect account through the mobile application with your personal health information captured on your mobile device (Google Fit or Apple Health) to provide you with a 360 degree view of your health history and current health status.

Your Google Fit or Apple Health information will not be disclosed to any third parties without your express written permission.

DEPARTMENT OF HEALTH DUTIES

The Department is required by law to maintain the privacy of your protected health information. This Notice of Privacy Practices tells you how your protected health information may be used and how the Department keeps your information private and confidential. This notice explains the legal duties and practices relating to your protected health information. The Department has

the responsibility to notify you following a breach of your unsecured protected health information.

As part of the Department’s legal duties, this Notice of Privacy Practices must be given to you. The Department is required to follow the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect.

The Department may change the terms of its notice. The change, if made, will be effective for all protected health information maintained by the Department. New or revised Notices of Privacy Practices and all forms referenced in this Notice of Privacy Practices may be accessed on the Department’s website at <https://www.floridahealth.gov/about/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> and will be available by email and at all Department of Health locations. Also available are additional documents that further explain your rights to inspect, copy, or amend your protected health information.

COMPLAINTS

If you believe your privacy health rights have been violated, you may file a complaint with the: Department of Health’s Inspector General at 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ telephone 850-245-4141 and with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services at 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ telephone 202-619-0257 or toll free 877-696-6775.

The complaint must be in writing, describe the acts or omissions that you believe violate your privacy rights, and be filed within 180 days of when you knew or should have known that the act or omission occurred. The Department will not retaliate against you for filing a complaint.

FOR FURTHER INFORMATION

Requests for further information about the matters covered by this notice may be directed to the person who gave you the notice, to the director or administrator of the Department of Health facility where you received the notice, or to the Department of Health’s Inspector General at 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ telephone 850-245-4141.

EFFECTIVE DATE

This Notice of Privacy Practices is effective beginning February 25, 2025, and shall remain in effect until a new Notice of Privacy Practices is approved and posted.

REFERENCES

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule.” 45 CFR Parts 160 through 164. *Federal Register* 65, no. 250 (December 28, 2000).

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” 45 CFR Part 160 through 164. *Federal Register*, Volume 67 (August 14, 2002).

HHS, Modifications to the HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act and the Genetic Information and Nondiscrimination Act; Other Modifications to the HIPAA Rules, 78 Fed. Reg. 5566 (Jan. 25, 2013).

45 CFR Parts 160 and 164 RIN 0945-AA20, April 26, 2024.