



Cumplimiento de la norma de privacidad HIPAA
División de Discapacidades del Desarrollo

Solicitud de acceso a información de salud protegida en Therap

Solicitante(s): Marque la casilla sobre la persona o personas que solicitan acceso y complete este formulario.

POR FAVOR, IMPRIMIR.

Solicitar acceso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del participantes:
Número de persona NFocus del participante:
Solicitar acceso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del tutor o representante legal (si corresponde):
Solicitar acceso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del padre/solicitante adicional (si corresponde): Relación con el participante (si corresponde):
Dirección de correo electrónico de la persona que solicita el acceso:

Módulos de Therap de solo lectura disponibles para Participantes y Tutores:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Citas • Planes de Comportamiento y Seguimiento • Eventos de comportamiento • Autorizaciones de presupuesto/servicio • Formulario de datos de emergencia • Formulario de datos individuales | <ul style="list-style-type: none"> • Página de inicio individual • Plan de Apoyo Individual <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hoja de trabajo de enfoque personal ◦ Agenda ISP • Datos del ISP • Programas ISP (Programas de Habilitación) |
|---|--|

Firma del participante (si corresponde) Fecha
Entiendo que si el destinatario de la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes de privacidad.

Firma del tutor o representante legal (si corresponde) Fecha
Entiendo que si el destinatario de la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes de privacidad...

El formulario debe enviarse por correo electrónico a dhhs.ddtherapaccess@nebraska.gov o por correo a través de USPS a:

Department of Health & Human Services
 Division of Developmental Disabilities
 Attn: Therap Access
 P.O. Box 98947
 Lincoln, NE 68509-8947

Uso exclusivo de DHHS:

Fecha de recepción de la solicitud:	Recibido por (y título):
-------------------------------------	--------------------------