



English Page 2

Español Page 7



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 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. 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.

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 contact 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. A request to correct your protected health information must be in writing and provide a reason to support your requested correction.

The Department may deny your request, in whole or part, if 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 send health care appointment reminders to you by postal mail, or by a telephone text or call.

PARTICIPATION IN THE HEALTH INFORMATION EXCHANGE NETWORK

Access to information about your health history 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 21, 2022, 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).



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
LÉALO CUIDADOSAMENTE.

USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, teléfono, número de Seguro Social y cualquier otro medio que lo identifique como una persona específica. La información médica protegida tiene información específica que identifica a una persona o que puede usarse para identificarla.

La información médica protegida es información médica que crea y recibe un proveedor de atención médica, un plan médico, un empleador o un centro de intercambio de información de atención médica. El Departamento de Salud (Department of Health) puede actuar como cualquiera de los tipos de negocio mencionados arriba. El Departamento de Salud usa esta información médica de varias maneras durante sus actividades comerciales normales.

El Departamento de Salud puede usar o revelar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Los profesionales de atención médica usan la información médica en las clínicas u hospitales para atenderlo. Es posible que se comparta su información médica protegida, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica para fines de su tratamiento. El Departamento puede usar o revelar su información médica para la administración de casos y servicios. La clínica o el hospital del Departamento pueden enviar la información médica a las aseguradoras, a Medicaid o a las agencias de la comunidad para pagar los servicios que le prestaron a usted.

Cierto personal del Departamento podría usar su información para mejorar las operaciones de atención médica del Departamento. El Departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información de las opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Cierta información médica protegida puede revelarse sin su autorización por escrito en la medida en que la ley lo permita. Esas circunstancias incluyen:

- Denuncia de abuso infantil, de adultos o de personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Investigaciones y auditorías internas que hagan las divisiones, dependencias y oficinas del Departamento.
- Investigaciones y auditorías que haga el inspector y el auditor generales, y la Oficina del gobierno de la legislatura de Florida para el análisis de políticas de programas y la responsabilidad del gobierno (Florida Legislature's Office of Program Policy Analysis and Government Accountability).

- Fines de salud pública, incluyendo estadísticas vitales, informes sobre enfermedades, vigilancia de salud pública, investigaciones, intervenciones y reglamentación de profesionales de atención médica.
- Investigaciones de examinadores médicos del distrito.
- Investigación aprobada por el Departamento.
- Órdenes de tribunales, órdenes judiciales o citaciones.
- Fines de agencias de fuerzas de orden público, investigaciones administrativas y procesos judiciales y administrativos.

Usted deberá dar su autorización por escrito para otros usos y revelaciones de su información médica protegida que haga el Departamento. Esos usos y revelaciones pueden ser para fines de marketing o investigación, ciertos usos y revelaciones de notas de psicoterapia y la venta de información médica protegida por la que el Departamento de Salud reciba una remuneración.

Esta autorización tendrá una fecha de vencimiento que usted puede revocar por escrito.

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene el derecho a pedir que el Departamento restrinja el uso y la revelación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también puede limitar las revelaciones a personas que participan en su atención. El Departamento no está obligado a aceptar ninguna restricción.

Usted tiene derecho a que le garanticen que su información será confidencial. El Departamento se comunicará con usted en la manera y a la dirección o teléfono que usted prefiera. Es posible que usted deba hacer la solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar los servicios, puede dar una dirección que no sea la de su casa para recibir correspondencia y para que el Departamento pueda comunicarse con usted.

Usted tiene el derecho de revisar y recibir una copia de su información médica protegida que guarda el Departamento en el plazo de 30 días después de que reciba su solicitud para obtener dicha copia. Usted debe completar el formulario de Autorización para revelar información confidencial del Departamento y enviar la solicitud al Departamento de Salud local del condado o a la oficina de servicios médicos para menores (Children's Medical Services office). Si hay retrasos en la capacidad del Departamento para darle la información en el plazo de 30 días, se le informará el motivo del retraso y la fecha prevista en la que se podrá atender su solicitud.

Su revisión de la información se supervisará en un momento y un lugar establecidos. Es posible que se le niegue el acceso a algunos registros según lo especifique la ley federal o estatal.

Si usted decide recibir una copia de su información médica protegida, tiene el derecho de recibirla en la forma o en el formato que pida. Si el Departamento no puede producirla en esa forma o formato, le dará la información en una copia impresa legible o en otra forma o formato que usted y el Departamento acuerden.

El Departamento no puede darle acceso a las notas de psicoterapia ni a cierta información que se esté utilizando en un procedimiento legal. Los registros se guardan durante períodos específicos de acuerdo con la ley. Si su solicitud abarca información que supere dicho tiempo, el Departamento no está obligado a guardar el registro y es posible que la información ya no esté disponible.

Si le niegan el acceso, usted tiene el derecho a pedir una revisión de un profesional de atención médica autorizado que no haya participado en la decisión de negarle el acceso. El Departamento designará al profesional de atención médica autorizado.

Usted tiene el derecho a corregir su información médica protegida. Debe presentar por escrito una solicitud para corregir su información médica protegida y dar un motivo que respalde la corrección solicitada.

El Departamento puede denegar su solicitud, parcial o totalmente, si la información médica protegida:

- no la creó el Departamento;
- no es información médica protegida;
- por ley, no está disponible para su revisión;
- es exacta y está completa.

Si aceptan su corrección, el Departamento la hará y le informará a usted y a otras personas que deban saber que se hizo la corrección. Si le niegan la solicitud, usted puede enviar una carta que describa el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión. El Departamento responderá su carta por escrito. Usted también puede presentar una queja, como se describe abajo en la sección Quejas.

Usted tiene el derecho a recibir un resumen de ciertas revelaciones de su información médica protegida que el Departamento de Salud podría haber hecho. Este resumen no incluye:

- revelaciones hechas a usted;
- revelaciones hechas a las personas que participan en su atención;
- revelaciones autorizadas por usted;
- revelaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica;
- revelaciones para salud pública;
- revelaciones para la reglamentación de profesionales médicos;
- revelaciones para denunciar abuso infantil, de adultos o de personas discapacitadas;
- revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.

Este resumen sí incluye revelaciones para:

- fines de investigación, que no sean los que usted autorizó por escrito;
- respuestas a órdenes de tribunales, citaciones u órdenes judiciales.

Usted puede solicitar un resumen de un período máximo de 6 años a partir de la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad electrónicamente, tiene el derecho de recibir una copia impresa cuando la solicite.

El Departamento de Salud puede enviarle recordatorios de citas de atención médica por correo postal, mensaje de texto o llamada telefónica.

PARTICIPACIÓN EN LA RED DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

El acceso a la información sobre su historia y atención médicas es fundamental para ayudar a garantizar que reciba atención de alta calidad y le ofrece a su proveedor de atención médica un panorama más completo de su salud en general. Esto puede ayudar a su proveedor a tomar decisiones informadas sobre su atención. La información también puede evitar que deba repetir pruebas, lo que le ahorra tiempo, dinero y preocupaciones. Los avances recientes en tecnología ahora promueven el intercambio electrónico seguro y protegido de información clínica importante de un proveedor de atención médica a otro mediante las redes de Intercambio de información médica (HIE). El Departamento y los departamentos de salud de su condado participan en una red HIE y también participan en varias redes HIE con proveedores de atención médica externos confiables para compartir electrónicamente su información médica de manera rápida y segura entre una red de proveedores de atención médica, incluyendo médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Esta información se transmite de manera segura y solo los proveedores de atención médica autorizados que tengan un motivo válido pueden acceder a ella. Al compartir información electrónicamente mediante un sistema seguro, se reduce el riesgo de que sus registros impresos enviados por fax se usen indebidamente o se extravíen.

La decisión de participar en el HIE es totalmente personal.

Opción 1. Sí a la participación en el HIE. Si usted acepta que su información médica se comparta por medio del HIE y en este momento tiene registrado un formulario de Inicio de servicios, no debe hacer nada. Firmando ese formulario le otorga permiso al Departamento para compartir su información médica por medio del HIE.

Opción 2. NO a la participación en el HIE. Usted puede elegir que su información no se comparta electrónicamente mediante la red de HIE (“exclusión”) en cualquier momento completando el formulario de “Exclusión del intercambio de información médica” disponible en el Departamento de Salud del condado. Si opta por la exclusión del HIE, los proveedores de atención médica no podrán acceder a su información médica por ese medio. Debe entender que si opta por la exclusión, los proveedores de atención médica que lo atienden aún pueden comunicarse con el Departamento para pedir que les compartamos su información médica, como se indica en este Aviso de prácticas de privacidad. La exclusión no evita que la información se comparta entre los miembros de su equipo de atención. Tenga en cuenta que esta exclusión no afecta la información médica que se haya revelado mediante el HIE antes del momento en que usted optó por la exclusión.

Opción 3. Puede cambiar de opinión en cualquier momento.

Usted puede dar su consentimiento hoy para compartir información mediante el HIE y después cambiar de opinión siguiendo las instrucciones en el formulario de exclusión descrito en la Opción 2.

De manera alternativa, usted puede optar por no participar en el HIE hoy y cambiar de opinión más tarde enviando el Formulario de solicitud de revocación de la exclusión voluntaria de HIE del Departamento.

SINCRONIZACIÓN DE LA APLICACIÓN MÓVIL PARA REGISTROS MÉDICOS PERSONALES (PHR) CON DATOS DEL USUARIO

Como parte de los servicios prestados por el Departamento, usted puede descargar la aplicación móvil complementaria para PHR para acceder a sus registros médicos personales. Esta aplicación es la versión móvil del portal de Florida Health Connect.

El propósito de la aplicación móvil de PHR es que usted pueda acceder a su información médica por medio de su dispositivo móvil. Puede sincronizar su cuenta de Florida Health Connect mediante la aplicación móvil con su información médica personal registrada en su dispositivo móvil (Google Fit o Apple Health) para ofrecerle una vista integral de sus historia médica y su estado médico actual.

Su información de Google Fit o Apple Health no se revelarán a terceros sin su permiso expreso por escrito.

OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. En este Aviso de prácticas de privacidad le informamos la manera en que su información médica protegida puede usarse y la manera en que el Departamento conserva su información privada y confidencial. En este aviso se explican las prácticas y obligaciones legales relacionadas con su información médica protegida. El Departamento tiene la responsabilidad de avisarle después de una vulneración de su información médica protegida no segura.

Como parte de sus obligaciones legales, el Departamento debe entregarle este Aviso de prácticas de privacidad. El Departamento está obligado a cumplir los términos del Aviso de prácticas de privacidad vigente.

El Departamento puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, tendrá validez para toda la información médica protegida que se guarda en el Departamento. Usted puede acceder a los Avisos de prácticas de privacidad nuevos o revisados y a todos los formularios a los que se hace referencia en este Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web del Departamento en <https://www.floridahealth.gov/about/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html> y estarán disponibles por correo electrónico y todos en los lugares del Departamento de Salud. Además, hay otros documentos disponibles que explican detalladamente sus derechos a revisar, copiar y modificar su información médica protegida.

QUEJAS

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad médica, puede presentar una queja ante: Department of Health's Inspector General en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y con U.S. Department of Health and Human Services en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea de llamada sin costo 877-696-6775.

Debe presentar la queja por escrito, describir los actos u omisiones que cree que violan sus derechos de privacidad y presentarla en un plazo de 180 días después de haberse enterado o debería haberse enterado de que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

SI QUIERE OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Las solicitudes para obtener más información sobre los asuntos alcanzados por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de las instalaciones del Departamento de Salud en las que recibió el aviso o a Department of Health's Inspector General en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/Tallahassee, FL 32399-1704/teléfono 850-245-4141.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

Este Aviso de prácticas de privacidad está vigente desde el 21 de febrero de 2022 y debe permanecer vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

REFERENCIAS

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” (Normas de privacidad de la información médica identificable; resolución definitiva), CFR 45, Partes 160 a 164. *Federal Register* (Registro Federal), volumen 65, n.º 250 (28 de diciembre de 2000).

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” (Normas de privacidad de la información médica identificable; resolución definitiva), CFR 45, Partes 160 a 164. *Federal Register* (Registro Federal), volumen 67 (14 de agosto de 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 (HHS, Modificaciones a las normas de privacidad, seguridad, cumplimiento y aviso de vulneración de la HIPAA según la Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (Ley de tecnología de la información de salud para la salud económica y clínica) y la Genetic Information and Nondiscrimination Act (Ley de no discriminación por información genética); Otras modificaciones a las normas de la HIPAA, Registro Federal 78 5566 (25 de enero de 2013).