



Healthcare Identifiers Service

Solicite un Individual Healthcare Identifier o enmiende un registro de Individual Healthcare Identifier (MS003)

Cuando utilizar este formulario

Use este formulario si usted (o un hijo(s) a su cargo menor(es) de 14 años de edad de quien(es) usted tiene la patria potestad) necesita un Individual Healthcare Identifier (IHI) y:

- no reúne las condiciones para Medicare, o
- no reúne las condiciones para una pensión o un beneficio del Department of Veterans' Affairs (DVA).

También puede utilizar este formulario para enmendar sus datos personales (o los de los hijos a su cargo) si tiene un IHI existente y está en una de las categorías indicadas arriba.

Las personas mayores de 14 años pueden solicitar su propio IHI mediante este formulario.

Usted debe estar en Australia cuando presente su solicitud.

Información importante

Usted recibirá una carta para informarle del resultado de su solicitud.

Healthcare Identifiers (HI) Service

El HI Service proporciona una serie constante de identificadores para las personas y los proveedores de atención de la salud. Los identificadores de atención de la salud ofrecen una manera de cotejar el expediente correcto con la persona que está siendo tratada. Esto aumenta la exactitud al intercambiar información sanitaria entre proveedores de atención de la salud.

Podrá consultar la ley *Healthcare Identifiers Act 2010* en www.legislation.gov.au

Individual healthcare identifiers (IHI)

El IHI es un número único de 16 dígitos utilizado para identificar a las personas para fines de atención de la salud en Australia.

El identificador no está vinculado con información clínica alguna. No es necesario que recuerde su IHI para recibir atención de la salud.

Si se solicita un IHI para un/a menor de 14 años de edad, éste será creado con la dirección del padre/madre o tutor.

My Health Record

El My Health Record es un resumen en línea de la información sanitaria de la persona. Tanto la persona como sus proveedores de atención de la salud pueden tener acceso a éste en cualquier momento.

Podrá obtener un My Health Record:

- para usted después de obtener su IHI, o
- para sus hijos menores de 14 años, después de obtener sus IHI.

Para obtener más información acerca de My Health Record, recurra a digitalhealth.gov.au

Prueba de identidad

Usted debe proporcionar **1** documento certificado del grupo primario o bien **2** documentos certificados del grupo secundario para cada persona que solicite un IHI o que solicite la enmienda de sus datos personales. Los nombres en estos documentos deben ser idénticos. Los documentos proporcionados deben ser válidos a la fecha de la solicitud.

Si adjunta estos documentos, las copias que proporcione deberán estar certificadas. Para obtener información acerca de cómo certificar documentos, recurra a servicesaustralia.gov.au/hi

Grupo primario

- pasaporte australiano
- pasaporte extranjero o documento de viaje con visa australiana válida
- licencia de conducir australiana
- tarjeta de identidad con foto, emitida por el Gobierno Federal, estatal o territorial (de Australia)
- certificado de nacimiento australiano

Grupo secundario

- documento de viaje de las Naciones Unidas emitido por el Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT)
- documentos emitidos por un gobierno extranjero (por ejemplo, licencia de conductor)
- licencia de guardia de seguridad /control de muchedumbres, con fotografía, emitida en Australia
- tarjeta de identidad consular con fotografía emitida por DFAT
- documento australiano de identidad de estudiante terciario, con fotografía
- documento australiano de identidad de estudiante secundario, con fotografía
- certificado de estudios con certificación, emitido por una universidad australiana
- tarjeta de banco o institución financiera de Australia

Si necesita enmendar sus datos personales o los de su(s) hijo(s) (que no sean los datos de contacto, por ejemplo dirección o número de teléfono), también deberá presentar los siguientes documentos certificados que proporcionen esta prueba:

- certificado de cambio de nombre
- certificado de matrimonio
- declaración de un/a profesional médico/a registrado/a o psicólogo/a registrado/a que indique el género
- pasaporte australiano
- pasaporte extranjero o documento de viaje con visa australiana válida
- certificado de nacimiento de estado o territorio que indique el género
- cualquier documento del registro civil de Births, Deaths and Marriages estatal o territorial que reconozca un cambio de sexo y/o género. Por ejemplo, un Gender Recognition Certificate o un Recognised Details Certificate.

For more information

You can:

- go to servicesaustralia.gov.au/ihl
- email healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au
There may be risks with sending personal information through unsecured networks or email channels.
- call **1300 361 457** for help or to ask for a free interpreter service. Monday to Friday, 8:30 am to 5 pm, Australian Eastern Standard Time.
Call charges may apply.

Filling in this form

You can complete this form on your computer, print and sign it.

If you have a printed form:

- Use black or blue pen.
- Print in BLOCK LETTERS.
- Where you see a box like this **Go to 1** skip to the question number shown.

Applicant's details

1 Dr Mr Mrs Miss Ms Other

Family name

First given name

Second given name

2 Your date of birth (DD MM YYYY)

3 Individual Healthcare Identifier (if applicable)

4 Your gender

Male

Female

5 Your residential address in Australia

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

Postcode

Your previous residential address in the last 3 years

Postcode

6 Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

7 I would like to:

Tick one only

- get an IHI for myself **Go to 11**
- get an IHI for a dependent child
younger than 14 years of age **Go to 8**
- amend my personal details for an existing IHI **Go to 10**
- amend personal details for an existing IHI
connected to a child younger than
14 years of age **Go to 9**

Use separate forms if you need to select more than one option.



MCA0MS003 2304

Request an IHI for a dependent child

- 8 Do you have parental responsibility for this child(ren)?
- No As you do not have parental responsibility for the child(ren), you cannot request an IHI for them.
- Yes Give details

Child 1 details

Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

Child 2 details

Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

If you would like to request an IHI for more than 2 dependent children, provide a separate form.

▶ **Go to 11**

Request to amend personal details associated with your or your dependent child's IHI

Use separate forms if you need to amend personal details connected to more than one person.

9 Existing personal details

Dr <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	
Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Your residential address in Australia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Postcode
Your postal address in Australia (if different to above)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Postcode
Daytime phone number (including area code)	<input type="text"/>
Mobile phone number	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

▶ **Go to next question**

10 New personal details (only provide details that have changed)

Dr <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/>	Mrs <input type="checkbox"/>	Miss <input type="checkbox"/>	Ms <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Family name						
<input type="text"/>						
First given name						
<input type="text"/>						
Second given name						
<input type="text"/>						
Date of birth (DD MM YYYY)						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gender Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>						
Your residential address in Australia						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Postcode						
<input type="text"/>						
Your postal address in Australia (if different to above)						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Postcode						
<input type="text"/>						
Daytime phone number (including area code)						
<input type="text"/>						
Mobile phone number						
<input type="text"/>						
Email						
<input type="text"/>						

► **Go to next question**

Aviso de privacidad

11 Su información personal está protegida por la legislación, lo que incluye las *Privacy Act 1988* y *Healthcare Identifiers Act 2010*, y Services Australia y el operador del Healthcare Identifiers Service la compilan para fines de administración del Healthcare Identifiers Service. La colecta de esta información es necesaria para tramitar su solicitud.

Su información puede ser utilizada por nosotros o suministrada a otros interesados si usted lo ha autorizado o cuando así lo exija o autorice la ley (incluso para fines de estudio o investigación).

Para obtener más información sobre la forma en que Services Australia gestionará su información personal, incluida nuestra normativa de privacidad, recurra a servicesaustralia.gov.au/privacy

Declaración del/la solicitante

12 Declaro que:

- he suministrado copias certificadas del(los) documento(s) de identificación en apoyo de esta solicitud.
- tengo la patria potestad del/la/los niño/a/s menor/es de 14 años que he incluido en este formulario.
- la información que he dado en este formulario es completa y correcta.

Comprendo que:

- no tengo el derecho de solicitar beneficios de Medicare o beneficios farmacéuticos con el Individual Healthcare Identifier solicitado o actualizado en este formulario.
- proporcionar información falsa o engañosa constituye un delito grave.

Firma del/la solicitante



Fecha (DD MM AAAA)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Cómo devolver este formulario

Devuelva este formulario y toda documentación justificativa por:

- **e-mail a healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au**
El envío de información personal por redes o canales de correo electrónico no seguros puede acarrear riesgos.
- correo a
Services Australia
eBusiness Service Centre
PO Box 9822
BRISBANE QLD 4000