

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A CONFORMIDAD CON HIPPA

[Este formulario ha sido aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York]

Nombre de Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
Dirección de Paciente:		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud con respecto a mi cuidado y tratamiento sea revelado como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la revelación de información sobre el **ALCOHOL y ABUSO DE DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia, e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA al VIH*** sólo si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 9 (a). En el evento que la información de salud incluye alguno de estos tipos de información, y mis iniciales están en la casilla número 9 (a), autorizo específicamente la revelación de esa información a la persona (s) indicada en el punto 8.
2. Si autorizo la revelación de información relacionado con el VIH, sobre el tratamiento de alcohol o drogas, o información sobre el tratamiento de la salud mental, el recipiente está prohibido a revelar tal información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy discriminado(a) a causa de la liberación o de la revelación de la información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División del Estado de Nueva York responsable de proteger los derechos a (212) 480-2493 o las Comisiones de la Ciudad de Nueva York de los Derechos Humanos al (212) 306- 7450. Estas agencias son responsables de la protección de los derechos.
3. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor médico que se indica abajo. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que la acción ya se haya tomado en base a esta autorización.
4. Entiendo que firmando esta autorización es voluntario. Mi pago, tratamiento, la inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no serán condicionados a mi autorización de esta descripción.
5. La información revelada bajo esta autorización puede ser revelada por el destinatario (con excepción de lo señalado anteriormente en el punto 2), y esta nueva revelación puede dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA HABLAR ACERCA DE MI SALUD O ATENCIÓN MÉDICA QUE NO SEA A UN ABOGADO O AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADO EN EL PUNTO 9 (B).**

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o entidad a revelar esta información:
--

8. Nombre y dirección de la persona (s) o categoría de persona a la que se enviará la siguiente información:
--

<p>9(a). Información específica que se publicará:</p> <p><input type="checkbox"/> Registros Médico de (fecha) _____ hasta (fecha) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Registros Médico Completo, incluyendo historial del paciente, notas de oficina (excluyendo notas de psicoterapia), resultados de exámenes, estudios de radiología, referencias médicas, consultas, registros de facturas, registros de seguro, y registros enviados a usted por otros proveedores médicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro(s): _____ Incluye: (Indique con iniciales)</p> <div style="margin-left: 150px;"> <p>_____ Tratamiento de Alcohol/ Drogas</p> <p>_____ Información sobre Salud Mental</p> <p>_____ Información relacionada con el VIH</p> </div> <p>Autorización Para Hablar Sobre Información de Salud:</p> <p>(b) Poniendo mis iniciales aquí _____ le autorizo a _____</p> <div style="margin-left: 100px;"> <p>(Iniciales) (Nombre de Proveedor Médico)</p> </div> <p style="margin-left: 40px;">hablar sobre mi salud con un abogado, o agencia gobernanta, representado aquí:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(Abogado/ Nombre de Agencia Gubernamental)</p>

<p>10. Razón para revelar información:</p> <p><input type="checkbox"/> A petición del paciente Otra razón: _____</p>	<p>11. Fecha cuando esta autorización expirara:</p>
--	--

<p>12. Nombre de persona firmando este formulario si no es el paciente:</p>	<p>13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:</p>
--	---

Todos los elementos de este formulario se han completado y mis preguntas acerca de este formulario han sido respondidas. Además, he recibido una copia del formulario.

Firma del paciente o representante oficial autorizado por la ley.

Fecha