

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD – HOMETOWN HEALTH CENTERS

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Número de teléfono	
Dirección		Ciudad		Estado
				Código postal
A) Por la presente autorizo registros DE: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ teléfono: _____ Fax: _____		B) Para ser liberado A: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Phone: _____ Fax: _____		
C) Información divulgada: <i>(Por favor, seleccione uno)</i> <input type="checkbox"/> Información médico <input type="checkbox"/> Información Dental ----- <input type="checkbox"/> Conjunto de registros completo <input type="checkbox"/> Rango de fechas: _____ a _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		D) Consideraciones Especiales: Para incluir la siguiente información, <u>escriba sus iniciales a continuación</u> . Si no está rubricado, esta información no será divulgada. _____ Tratamiento de alcohol/drogas _____ Información relacionada con el VIH/SIDA _____ Tratamiento de salud mental _____ Psicoterapia o trastorno por uso de sustancias		
E) Finalidad de la información solicitada: <i>(Por favor, seleccione uno)</i> <input type="checkbox"/> A petición del individuo <input type="checkbox"/> transferencia de atención <i>seleccione el motivo</i> <input type="checkbox"/> Fines Legales <input type="checkbox"/> Experiencia del paciente <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Coordinación de atención <input type="checkbox"/> Reubicación de pacientes				
F) Método de entrega: <i>(Por favor, seleccione uno)</i> <input type="checkbox"/> US correo (Paper) <input type="checkbox"/> US correo (CD) <input type="checkbox"/> recoger en: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico cifrado: _____ <input type="checkbox"/> Fax a: _____				
G) Vencimiento de la autorización: A menos que yo la revoque previamente por escrito, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento: _____ * Tenga en cuenta: si se deja en blanco, esta autorización caducará al completarse la divulgación de información descrita en este documento..				
H) Si no es el paciente, escriba en IMPRENTA el nombre de la persona que firma la autorización:		I) Autoridad para firmar en nombre del paciente (autorizado por ley):		

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que: Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con TRATAMIENTO DE ALCOHOL/DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL, excepto notas de psicoterapia e INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente en la sección Consideraciones especiales. En caso de que la información de salud descrita anteriormente incluya cualquiera de estos tipos de información, y firmo la línea en las Consideraciones especiales, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto B.

Si autorizo la divulgación de información sobre tratamientos relacionados con el VIH, el alcohol o las drogas, o sobre tratamientos de salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que la ley federal o estatal lo permita. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. . Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica mencionado anteriormente. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización. Signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.

Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica mencionado anteriormente. Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.

HHC se reserva el derecho de cobrar la "estructura de tarifas establecida por registros médicos" según lo establecido en el Artículo 18 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York. Al firmar esta autorización, acepto pagarle a HHC por mis registros, si corresponde..

Firma del Paciente o Representante Autorizado por Ley

Imprimir nombre

Fecha

Declaración de testigo: He sido testigo de la ejecución de esta autorización y declaro que se proporcionó una copia de la autorización firmada.

Testigo: Firma del personal, nombre en letra de imprenta, fecha