

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD
CONFORME A HIPAA**

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

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud referente a mi atención y tratamiento se divulgue como se establece en este formulario:

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

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS**, el **TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia, e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solamente si incluyo mis iniciales en la línea apropiada del Punto 9(a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y de que marque con mi inicial la línea junto a la casilla del Punto 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la persona o a las personas indicadas en el Punto 8.

2. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, el tratamiento por alcohol y drogas, o el tratamiento de problemas de salud mental, el destinatario tiene prohibida la posterior divulgación de dicha información sin mi autorización, a no ser que la ley federal o estatal conceda el permiso para hacerlo. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que puedan recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación por la divulgación de información relacionada con el VIH, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York llamando al (212) 306-7450. Estas agencias tienen la responsabilidad de proteger mis derechos.

3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito ante el proveedor de atención médica que aparece más abajo.

Entiendo que puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones basándose en esta autorización.

4. Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización a dicha divulgación.

5. Es posible que el destinatario de la información divulgada por esta autorización vuelva a divulgarla (excepto como se indica anteriormente en el Punto 2), y es posible que esta divulgación posterior ya no esté protegida por la ley estatal ni federal.

6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LO AUTORIZA A COMENTAR MI INFORMACIÓN DE SALUD NI MI ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO SEA EL ABOGADO O LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL PUNTO 9 (b).

7. Nombre y dirección de la entidad o el proveedor de atención médica que va a divulgar esta información:	
8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de personas a la que se va a enviar esta información:	
9(a). Información específica que se va a divulgar:	
<input type="checkbox"/> Registros médicos desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____ <input type="checkbox"/> Los registros médicos completos, incluidos los historiales del paciente, las notas de consulta (excepto las notas de psicoterapia), los resultados de las pruebas, los estudios de radiología, placas, remisiones, consultas, registros de facturación, registros de seguros y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica. <input type="checkbox"/> Otro: _____ Incluye: <i>(Indicar ingresando la inicial)</i> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-right: 50px;"> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">_____ Tratamiento por alcohol/drogas</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">_____ Salud mental</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">_____ Información relacionada con el VIH</div> </div>	
Autorización para comentar la información de salud	
(b) <input type="checkbox"/> Al incluir mi inicial aquí _____ yo autorizo a _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Iniciales Nombre del proveedor de atención médica </div> <p style="margin-top: 10px;">a comentar mi información de salud con mi médico, o una agencia gubernamental, indicado aquí:</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">_____</p> <p style="text-align: center;">(Abogado/Nombre de la firma o nombre de la agencia gubernamental)</p>	
10. Motivo para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A petición del individuo <input type="checkbox"/> Otro: _____	11. Fecha o evento por el que vencerá esta autorización: _____
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario: _____	13. Autorizado a firmar en nombre del paciente: _____

Se han completado todos los puntos de este formulario y se ha respondido a mis preguntas sobre este formulario. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

Fecha: _____

Firma del paciente o del representante autorizado por la ley.

*** Virus de inmunodeficiencia humana que provoca SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que identificaría de forma razonable a alguien como con síntomas o infección por VIH y la información relacionada con los contactos de una persona.**