



FOR FACILITY USE ONLY:	
Date Received:	_____
Date Processed:	_____
Logged By:	_____

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE CONFORMIDAD CON HIPAA
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA)**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social
Dirección del paciente	Número de teléfono	N.º DE HISTORIA CLÍNICA

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue según se establece en este formulario: De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York y las normas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS**, el **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto notas psicoterapéuticas, e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH**, sólo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente a continuación. Autorizo a divulgar dicha información específicamente a las personas que indico en el Punto 8.

Incluye: (indicar con una inicial) _____ Tratamiento contra la adicción a las drogas o al alcohol _____ Información sobre salud mental _____ Información relacionada con el VIH

2. Si autorizo a divulgar información relacionada con el VIH, los tratamientos contra la adicción a las drogas y al alcohol o los tratamientos de salud mental, el receptor de dicha información tiene prohibido volver a revelarla sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales lo permitan. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que puedan recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si me discriminaran debido a la divulgación de información relacionada con el VIH, podré comunicarme 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. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.

3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento a través de una carta dirigida al proveedor de atención médica que se menciona a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, a menos que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización.

4. Entiendo que firmo esta autorización voluntariamente. Mi autorización para esta divulgación de información no condicionará mi tratamiento, mi pago, mi inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para obtener beneficios.

5. La información divulgada en función de esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor (a excepción de lo que se indica arriba en el punto 2), y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.

6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LE PERMITE DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O DE ATENCIÓN MÉDICA CON OTRA PERSONA QUE NO SEA EL ABOGADO O QUE NO PERTENEZCA A LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL PUNTO 9 (b).

7. Nombre y dirección del proveedor de atención médica o de la entidad a la que se divulgará esta información: _____

8. Nombre y dirección de las personas o de la categoría de persona a la que se enviará esta información: _____

9(a). Alcance de la Naturaleza de la Información que se divulgará, incluidas fechas de tratamiento u hospitalización:

<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Registro de la Sala de emergencias
<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Informe de patología	<input type="checkbox"/> Informes de consultas
<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Fecha(s) de tratamiento: _____

Autorización para discutir información de salud

(b) Al escribir iniciales aquí _____ Autorizo _____
 Iniciales Nombre del proveedor de atención médica individual
 a discutir mi información de salud con mi abogado o con una agencia gubernamental, mencionados aquí:

 (Abogado/Nombre de la firma o de la agencia gubernamental)

10. Motivo por el cual se divulga la información: <input type="checkbox"/> A pedido de la persona <input type="checkbox"/> Otros:	11. Esta autorización expirará dentro del plazo de 1 año a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se especifique:
12. Si el paciente no firma, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos de este formulario y me respondieron todas las preguntas acerca de él. Además, recibí una copia del formulario.

Fecha: _____ Hora: _____
 Firma del paciente o del representante autorizado legalmente.

Una **COPIA** de esta Autorización tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

- Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. Las leyes de salud pública del estado de Nueva York protegen la información que razonablemente pudiera identificar a una persona como alguien que tiene los síntomas del VIH o que está infectado con el VIH, así como también la información de quienes hayan tenido contacto con esa persona.