

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito, o mi representante solicita, que se divulgue la información de salud sobre mi atención y tratamiento tal como se establece en este formulario: De conformidad con las leyes del Estado de Nueva York y la norma de confidencialidad de la *Health Insurance Portability and Accountability of 1996* (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, HIPAA), entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el abuso de **ALCOHOL** y **DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL** (excepto notas de psicoterapia) e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/SIDA***, solo si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 7. En el caso de que la información sobre salud descrita más abajo incluya cualquiera de estos tipos de información y escriba mis iniciales en la línea de la casilla del punto 7, solamente autorizo la divulgación de esa información al Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH) y al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE), los cuales dirigen conjuntamente la Oficina de Salud Escolar.
- Si autorizo la divulgación de información en relación con el VIH/sida, tratamiento para la adicción al alcohol o las drogas o tratamiento de salud mental, el DOHMH tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización, a menos que así lo permitan las leyes federales o del Estado. Comprendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información concerniente al VIH/sida sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o difusión de información en relación con el VIH/sida, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, llamando al (212) 480-2493, o con la Comisión de los Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, llamando al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a los proveedores de salud que autoricé a divulgar mi información. Comprendo que puedo revocar la presente autorización, excepto cuando ya se haya tomado alguna medida de acuerdo con esta autorización.
- La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un seguro médico o derecho a beneficios no estarán condicionados por mi consentimiento de esta divulgación.
- El DOHMH o el DOE podría volver a difundir la información divulgada (con excepción de lo indicado anteriormente en el punto 2) y esta nueva divulgación puede que ya no se encuentre protegida por la ley federal o del Estado.
- POR LA PRESENTE AUTORIZO A TODOS MIS PROVEEDORES DE SALUD A DIVULGAR Y TRATAR ESTA INFORMACIÓN CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK Y EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK.**

7. La siguiente información específica se puede divulgar y tratar:
 Toda la información sobre salud (escrita y oral) incluyendo el historial del paciente, notas del consultorio médico (excepto las notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, radiografías, derivaciones, consultas, facturación, seguro médico e informes enviados a mis proveedores de atención de salud por otros proveedores de atención de salud.

Si se marca esta casilla, divulgue y trate solo la información sobre salud que a continuación se especifica

aquí: _____
(Utilice esta casilla si no quiere que se difunda o divulgue todo su historial completo. Utilice el punto 9 más abajo para establecer la fecha de vencimiento de este formulario)

Puede incluir: (marque con sus iniciales)

_____ Información sobre el tratamiento para la adicción al alcohol y las drogas. *Especifique qué información se divulgará y a qué organización:* _____

_____ Información sobre salud mental

8. MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: SE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A PETICIÓN DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO AQUÍ:	9. ESTA AUTORIZACIÓN CADUCARÁ EN LA FECHA EN QUE EL PACIENTE YA NO ESTÉ INSCRITO EN UNA ESCUELA O EN UN PROGRAMA DIRIGIDO POR EL DOE O NO LE BRINDEN SERVICIOS EN LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO AQUÍ**:
10. En caso de no tratarse del paciente, nombre de la persona que firma este formulario:	11. COMO PADRE O TUTOR DEL PACIENTE, LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO ESTÁ AUTORIZADA LEGALMENTE A FIRMAR EN NOMBRE DEL PACIENTE, O SEGÚN SE ESPECIFICA A CONTINUACIÓN:

Todos los puntos en este formulario fueron completados, mis preguntas acerca de este formulario fueron contestadas y he recibido una copia del mismo.

 FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

 FECHA

*Virus de la inmunodeficiencia humana causante del sida. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que pudiera identificar a una persona con síntomas o una infección por el VIH y la información concerniente a los contactos de esa persona.

**Si se establece una fecha de vencimiento en el punto 9 de más arriba, el formulario caducará en esa fecha y el padre o tutor legal del paciente u otra persona legalmente autorizada deberá presentar un formulario nuevo.