

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA**

<b>Nombre del paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Número de identificación del paciente</b>
<b>Dirección del paciente</b>		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica sobre mi atención y tratamiento sea divulgada de acuerdo a lo estipulado en este formulario: De conformidad con las leyes del estado de Nueva York y las normas de confidencialidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

- La presente autorización pudiera incluir la divulgación de informaciones concernientes al uso de **ALCOHOL y ABUSO DE DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, exceptuando apuntes de psicoterapia, además de **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELATIVA AL VIH\***, únicamente si coloco mis iniciales sobre la línea correspondiente en el punto 7. En el caso de que la información de salud descrita a continuación incluyere cualesquiera de estos tipos de información, y yo iniciare la línea en la casilla en el punto 7, específicamente autorizo que dicha información sea divulgada al Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH).
- Si autorizo a divulgar información relativa a VIH/SIDA, tratamiento de drogadicción o alcoholismo, o tratamiento mental, el DOHMH tiene prohibido retransmitir dicha información sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales lo permitieren. Entiendo que tengo derecho a solicitar un listado 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 transmisión de cualquier información sobre VIH/SIDA, puedo contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, al (212) 480-2493, o a la Comisión de los Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, al (212) 306-7450. Estas son las agencias responsables de proteger mis derechos.
- En todo momento tengo derecho a revocar la presente autorización, escribiéndole a los proveedores de salud señalados más adelante. Entiendo que tengo derecho a revocar la presente autorización, salvo en la medida que ya se hubiere implementado alguna acción de acuerdo con esta autorización.
- Entiendo que la acción de firmar esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o derecho a beneficios no estarán supeditados a mi autorización de la presente.
- El DOHMH pudiere retransmitir la información divulgada en esta autorización (con excepción de lo indicado en el punto 2 anterior) y es posible que dicha divulgación posterior no cuente con protección bajo las leyes federales o estatales.
- AUTORIZO A TODOS MIS PROVEEDORES DE SALUD A DIVULGAR Y COMENTAR ESTA INFORMACIÓN CON LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, UN PROGRAMA CONJUNTO DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK, Y EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**

<p>7. Información específica a ser revelada y comentada: Expediente médico completo (oral y escrito) con el historial del paciente, apuntes de consulta (excepto apuntes de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, remisión, consultas, facturación, expedientes de seguro y otros expedientes enviados a mis proveedores de salud por otros proveedores de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Si esta casilla está marcada, autorizar y comentar únicamente mi expediente médico abarcando las fechas desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>		<p><b>Incluir: (Indicar con sus iniciales)</b></p> <p>_____ Información sobre tratamiento de alcoholismo/drogadicción</p> <p>_____ Información sobre salud mental</p> <p>_____ Información relacionada con el VIH/SIDA</p>
<p>8. MOTIVO PARA AUTORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: LA PRESENTE INFORMACIÓN SE AUTORIZA A PETICIÓN DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO AQUÍ:</p>	<p>9. LA PRESENTE AUTORIZACIÓN EXPIRA EN LA FECHA EN QUE EL PACIENTE YA NO ESTÉ INSCRITO EN UNA ESCUELA O PROGRAMA OPERADO POR EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK O QUE OFREZCA SERVICIOS A TRAVÉS DE LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO AQUÍ**:</p>	
<p>10. De no ser el paciente, nombre completo de la persona que firma este formulario:</p>	<p>11. COMO PADRE O TUTOR LEGAL DEL PACIENTE, LA PERSONA FIRMANTE DE ESTE FORMULARIO ESTÁ AUTORIZADA ANTE LA LEY A FIRMAR A FAVOR DEL PACIENTE O SEGÚN LO ESPECIFICADO A CONTINUACIÓN:</p>	

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO ANTE LA LEY

\_\_\_\_\_  
FECHA

\*Virus de inmunodeficiencia humana causante del SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que, de manera razonable, pudiere identificar a una persona con infección o síntomas de VIH, y la información concerniente a los contactos de la persona.

\*\*Si la fecha de vencimiento está especificada en el punto 9 anterior, el formulario expira en esa fecha y el padre o tutor del paciente u otra persona autorizada por la ley deberá entregar un nuevo formulario.