

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 Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) de 1996, entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS**, el **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 este tipo de datos y yo escriba mis iniciales en la línea de la casilla del punto 7, solo autorizo su divulgación al Departamento de Salud y Salud Mental (*Department of Health and Mental Hygiene*, DOHMH) de la Ciudad de Nueva York y al Departamento de Educación (DOE) de la Ciudad de Nueva York, los cuales dirigen conjuntamente la Oficina de Salud Escolar.
- Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/sida, tratamiento de alcohol o 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 estatales. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH/sida sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o difusión de información relacionada 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 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. Entiendo que puedo revocar la presente autorización, excepto cuando ya se haya tomado alguna medida basada en ella.
- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un seguro médico o capacidad de recibir beneficios no dependerán de mi autorización de esta divulgación.
- El DOHMH o el DOE podría volver a divulgar la información (a excepción de lo indicado anteriormente en el punto 2) y esta nueva divulgación puede que ya no se encuentre protegida por las leyes federales o estatales.
- 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. Información específica que 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, remisiones, consultas, registros de facturación y de seguro, y registros enviados a mis proveedores de salud por otros proveedores de salud.

Si se marca esta casilla, divulgue y trate solo la información de salud que se especifica aquí: _____

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

Incluir: (Marque con sus iniciales)
_____ Información sobre el tratamiento de alcohol o drogas. Especifique qué información se divulgará y a qué organización: _____.
_____ Información sobre salud mental.
_____ Información relacionada con el VIH/sida.

8. MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGA A PETICIÓN DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE SE INDIQUE OTRA COSA AQUÍ:	9. ESTA AUTORIZACIÓN CADUCARÁ EN LA FECHA EN QUE EL PACIENTE YA NO ESTÉ INSCRITO EN UNA ESCUELA O UN PROGRAMA DIRIGIDO POR EL DOE O NO LE BRINDEN SERVICIOS EN LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, A MENOS QUE SE INDIQUE OTRA COSA 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 de este formulario fueron completados, mis preguntas fueron contestadas y recibí una copia del formulario.

 FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

 FECHA

*Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 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 infección de VIH y la información sobre los contactos de una 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.