AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SALUD CONFORME A LA LEY HIPAA

[La versión en inglés de este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (*New York State Department of Health*)]

Nombre del/de la paciente	Fecha de nacimiento	
Dirección del/de la paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con respecto a mi atención y tratamiento se divulgue tal como se indica en este formulario:

Conforme a las Leyes del Estado de Nueva y a las Reglas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996*, ley HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización podrá incluir la divulgación de información sobre **CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL** y sobre **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL,** excepto las notas de psicoterapia, como así también la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solamente si anoto mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información, y si anoto mis iniciales en la línea de la casilla en el punto 9(a), significa que autorizo específicamente a revelar dicha información a la/las persona(s) indicada(s) en el punto 8.
2. Si estoy autorizando la divulgación de información sobre el tratamiento del VIH, el consumo de drogas o alcohol o el tratamiento de salud mental, el receptor tendrá prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales permitieran dicha divulgación. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que podrían recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la revelación o divulgación de información relacionada con el VIH, podré comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (*New York State Division of Human Rights*) en el teléfono (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (*New York City Commission of Human Rights*) en el teléfono (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al profesional de atención médica mencionado a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en caso de que ya se hubiese tomado alguna acción con base en esta autorización.
4. Comprendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir los beneficios, no estarán condicionados a que yo autorice dichas divulgaciones.
5. La información revelada conforme a esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor (excepto por lo descrito anteriormente en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida conforme a las leyes federales o estatales.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE DA PERMISO PARA HABLAR SOBRE MI INFORMACIÓN MÉDICA CON NINGUNA PERSONA, EXCEPTO CON MI ABOGADO O CON EL ORGANISMO GUBERNAMENTAL ESPECIFICADO EN EL PUNTO 9 (b).**

7. Nombre y dirección del profesional de atención médica o de la entidad a la que se revelará información:
White Plains Hospital, 41 East Post Road, White Plains, NY 10601

8. Nombre y dirección de la/las persona(s) o de la/las categoría(s) de persona(s) a quien(es) se enviará esta información:

9(a). Información específica que se revelará:

☐ Historia clínica desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____

☐ Historia clínica completa, la cual incluye los antecedentes del paciente, las notas del consultorio (excepto las de psicoterapia), los resultados de los análisis, los estudios radiológicos, las películas, las remisiones, las consultas, los registros de facturación, los registros de los seguros y los registros enviados a usted por parte de otros profesionales de atención médica.

☐ Otros: _____

_____

Incluir: *(anote sus iniciales para indicar cuáles):*

_____ **Tratamiento por consumo de alcohol/drogas**

_____ **Información sobre salud mental**

_____ **Información relacionada con el VIH**

Autorización para hablar sobre información médica

(b) ☐ Al anotar mis iniciales aquí _____ autorizo a _____

Iniciales — Nombre del profesional de atención médica individual

para que hable sobre mi información médica con mi abogado o con alguno de los organismos gubernamental mencionado a continuación:

_____

(Nombre del Abogado/de la Empresa o Nombre del Organismo Gubernamental)

10. Razón por la que se revela la información:	11. Fecha o momento de vencimiento de esta autorización:
☐ Por solicitud de la persona ☐ Otras:	
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Tiene facultades para firmar en representación del paciente porque:

Todos los puntos de este formulario fueron completados y todas las preguntas que tenía acerca del mismo fueron respondidas. Asimismo, se me entregó una copia del formulario.

_____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

*** Virus de inmunodeficiencia humana que causa el sida. Las Leyes de Salud Pública del Estado de Nueva York protegen la información que razonablemente podría identificar a una persona que padece síntomas de VIH o que está infectado con el virus, al igual que la información con respecto a los contactos de una persona.**