



Autorización para divulgar información médica de HIPAA para NYCHHC
SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

ESTE FORMULARIO NO PUEDE SER UTILIZADO CON FINES DE INVESTIGACIÓN, MERCADEO, RECAUDACIÓN DE FONDOS NI RELACIONES PÚBLICAS

NOMBRE/DIRECCIÓN DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	SSN DEL PACIENTE
		NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO	NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS QUE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN		INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SE DIVULGARÁ: Información solicitada _____ Fechas de tratamiento desde _____ hasta _____	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE SE ENVIARÁ LA INFORMACIÓN		INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ (Si usted marca algún casillero, significa que está autorizando la divulgación de ese tipo de información.) Importante: Es necesario que todas las casillas estén marcadas para poder procesar la solicitud. <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o sustancias adictivas <input type="checkbox"/> Información sobre salud mental <input type="checkbox"/> Información del programa <input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH/SIDA	
MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Solicitud de la persona <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____		FECHA DE VENCIMIENTO DE ESTA AUTORIZACIÓN (Marque sólo una opción) <input type="checkbox"/> Evento: _____ <input type="checkbox"/> En esta fecha: _____	

Yo, o mi representante, autorizo el uso o divulgación de mi información médica o de facturación, según se describe en este formulario.

Sé que mi información médica o de facturación puede volver a ser divulgada y, por consiguiente, quedar desprotegida de reglamentaciones federales que la preservan, si los destinatarios descritos en este formulario carecen de la obligación legal de mantener la información bajo reserva.

Sé que si mis registros médicos o de facturación contienen información relativa a **ABUSO DE ALCOHOL o SUSTANCIAS ADICTIVAS, PRUEBAS GENÉTICAS, SALUD MENTAL o DATOS CONFIDENCIALES SOBRE VIH/SIDA**; esta información no será divulgada a las personas que he señalado, a menos que marque los casilleros correspondientes de este formulario.

Sé que si autorizo el uso o divulgación de información relativa al VIH/SIDA, los destinatarios tendrán prohibido utilizarla o volver a divulgarla sin mi autorización, a menos que estén autorizados a hacerlo conforme a leyes estatales o federales. También sé que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar información sobre mi persona relativa al VIH/SIDA sin autorización previa. Si soy sujeto de discriminación, fruto del uso o divulgación de información relativa al VIH/SIDA, puedo comunicarme telefónicamente con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al 212 480-2493 o bien con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al 212 306-7450. Estos organismos tienen la obligación de proteger mis derechos.

Sé que tengo derecho a no firmar esta autorización, y que tal decisión no afectará mi atención médica, pagos afines ni beneficios de salud. También sé que si me niego a firmarla, NYCHHC no podrá dar curso a mi solicitud de divulgar información médica o de facturación sobre mi persona.

Sé que tengo derecho a solicitar la inspección o recepción de una copia de la información descrita en este formulario de autorización, para lo cual debo completar un **Formulario de solicitud de acceso**. También sé que tengo derecho a recibir una copia de este formulario una vez que lo haya firmado.

Sé que si he firmado este formulario de autorización para utilizar o divulgar mi información médica o de facturación, tengo derecho a revocar tal autorización en cualquier momento, salvo en aquellos casos en que la NYCHHC ya haya procedido basándose en mi autorización, o que ésta haya sido obtenida como requisito para obtener una cobertura de seguro.

Para revocar esta autorización, por favor comuníquese con el departamento de Administración de información sobre la salud del establecimiento que procesa esta solicitud.

He leído este formulario y he recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que he tenido. Mi firma al pie certifica que he leído y que acepto todo lo estipulado anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL	SI NO FIRMA EL PACIENTE, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE Y LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL QUE FIRMA ESTE FORMULARIO
FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD QUE TIENE EL REPRESENTANTE PERSONAL PARA OBRAR EN REPRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Si HHC ha solicitado esta autorización, el paciente o su representante personal deberán recibir una copia firmada de este formulario.
(If HHC has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)

HHC USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed	Comments