

AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Nombre del paciente:		Número de Seguridad Social:	
Dirección del paciente:		Fecha de nacimiento:	

Yo, o mi representante autorizado, solicito/a que se divulgue la información médica respecto a mi cuidado y tratamiento tal como se estipula en el presente formulario. Conforme al Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, la Regla de Confidencialidad de la Ley de 1996 de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico 1996 (HIPAA), y 42 U.S.C. § 290dd-2 y las reglas de implementación en 42 C.F.R. Part 2, entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ALCOHOLISMO** y la **DROGADICCIÓN, TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO**, con excepción de notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA AL VIH***, sólo si escribo mis iniciales en la línea indicada en el Artículo 10(b). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de este tipo de datos, y de que yo escriba mis iniciales en la casilla en el Artículo 10(b), autorizo explícitamente la divulgación de tal información indicada en el Artículo 10(b) a la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (NYC HRA).
2. En caso de que la HRA determine que yo sea posiblemente elegible para los beneficios federales para discapacitados, autorizo a la HRA para que divulgue mis datos de tratamiento médico y/o psiquiátrico, lo que puede incluir información confidencial relacionada al VIH y/o expedientes de tratamiento del alcoholismo o drogadicción, a la Administración de Seguro Social (SSA) para que examine mi elegibilidad para los beneficios federales para discapacitados.
3. Entiendo que tengo derecho de solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar sin autorización mis datos relacionados al VIH. Si experimento discriminación debido a la divulgación de información relacionada al VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al **212-961-8650** o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al **212-306-7450**. Sobre estas agencias recae la responsabilidad de proteger mis derechos.
4. Entiendo que firmar esta autorización es una decisión voluntaria. Mi tratamiento, el pago a los proveedores del mismo, la inscripción en un plan médico, la elegibilidad para beneficios no quedarán sujetos a mi autorización de esta divulgación. No obstante, si yo no autorizo a la HRA para que comparta mis datos médicos con la SSA, esto podría resultar en la discontinuación de mis beneficios de Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés).

*** El Virus de Inmunodeficiencia Humana causa el SIDA. La Ley de Salud Pública de Nueva York protege la información que pueda identificar dentro de lo razonable a una persona con síntomas o infección de VIH o SIDA o identificar dentro de lo razonable a alguien que pueda haber sido expuesto al VIH o SIDA mediante contacto con una persona protegida.**

(Voltee la página)

