

Instrucciones para completar la Autorización para divulgar información de salud según la ley HIPAA (OCA-960)

Estas instrucciones le ayudarán a completar la Autorización para divulgar información de salud según la ley HIPAA (OCA-960). **Es importante que lea detenidamente cada línea del formulario y que se asegure de completar correctamente cada casilla.** Si no completa el formulario, es posible que la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) rechace su solicitud.

1. SI ES UN CONSUMIDOR DE MEDICAID, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES para autorizar que HRA le provea sus expedientes de Medicaid a otra persona u organización. Todos los puntos son obligatorios, excepto donde se indique lo contrario.

- En la parte superior: introduzca su información en las casillas que soliciten el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, el número de seguro social y la dirección del paciente.
- Líneas 1 a 6: lea y comprenda.
- Línea 7: introduzca el nombre y la dirección del proveedor de salud o de la entidad a la que se le revelará esta información: escriba en letra de molde; NYC HRA, 250 Church Street, 6th Floor, New York, NY 10013.
- Línea 8: introduzca el nombre y la dirección de las personas o la categoría de las personas a las que se les enviará esta información: introduzca el nombre y la dirección de la persona o del grupo (por ej., estudio jurídico) que usted desea que obtenga su información. Allí es donde enviaremos los expedientes solicitados.
- Línea 9(a): información específica que se divulgará: indique el tipo de información que usted nos permite suministrar.

Primera casilla

- Si nos permite suministrar una parte de sus expedientes de Medicaid, marque la primera casilla (Expediente médico desde) e introduzca las fechas de inicio y de finalización.

Segunda casilla

- Si nos permite suministrar su expediente de Medicaid completo, marque la segunda casilla (Expediente médico completo).

Casilla “Otra”

- Si nos permite suministrar información que no coincide con la información de las casillas 1 ni 2, marque la casilla “Otra”. En letra de molde, describa detalladamente la información que nos permita suministrar.

IMPORTANTE: Si desea que la HRA suministre información relacionada con un tratamiento para el consumo de alcohol o drogas, información sobre un tratamiento de salud mental o información relacionada con el VIH que se encuentre en sus expedientes, escriba sus iniciales junto a cada tipo de información de la lista del Punto 9(a) que desee que divulguemos. Si no desea que divulguemos estos tipos de información, deje las líneas en blanco.

- Línea 9(b): Autorización para analizar la información de salud (opcional).
 - Si desea permitir que la HRA analice su información de salud con otra persona, marque la casilla que está junto a la (b) y escriba sus iniciales en la primera línea.
 - Escriba en letra de molde “NYC HRA” en la línea que dice “Nombre del proveedor de atención médica individual”.
 - Escriba en letra de molde el nombre de la persona, el abogado, el estudio jurídico, la agencia o el grupo con quien podamos hablar sobre su información.
- Línea 10: razón para la divulgación de la información: indique por qué desea que la HRA le divulgue su información a otra persona. Como consumidor de Medicaid, solo tiene que marcar la primera casilla en el Punto 10. Si desea que la HRA proporcione información sobre usted por cualquier otra razón, marque la casilla “Otra” y escriba en letra de molde la razón.
- Línea 11: fecha o evento en que se vencerá esta autorización: indique cuándo deberíamos dejar de proporcionar información (por ej., “12/31/2030” o “al finalizar el litigio”).
- Omita las líneas 12 y 13.
- Última línea: firme, escriba su nombre y coloque la fecha.

2. **SI ES EL REPRESENTANTE DE UN CONSUMIDOR DE MEDICAID, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES para permitir que la HRA suministre los expedientes de Medicaid del consumidor a otra persona o a otro grupo en nombre del consumidor. Complete todos los puntos, excepto donde se indique lo contrario.**

- En la parte superior, escriba en letra de molde el nombre, la fecha de nacimiento, el número de seguro social y la dirección del consumidor en las casillas correspondientes.
- Líneas 1 a 6: lea y comprenda.
- Líneas desde la 7 hasta la 11: complete según las instrucciones provistas en la Sección 1 anterior.
- Línea 12: si no es el paciente (consumidor), escriba el nombre de la persona que firma el formulario: escriba su nombre en letra de molde.
- Línea 13: autoridad para firmar en nombre del paciente: indique qué autoridad tiene para firmar en nombre del consumidor. Provea una copia del documento.

IMPORTANTE: En caso de que usted firme en nombre del consumidor porque este no lo haya hecho o no pueda hacerlo, también debe enviar la prueba correspondiente de su autoridad para firmar. Entre los ejemplos de prueba de autoridad, se incluyen los siguientes: poder notarial válido,* cartas de administración o un decreto que designe a un tutor para la persona y los papeles del nombramiento del tutor.

3. Última línea: firme, escriba su nombre y coloque la fecha.

* Según las enmiendas realizadas en septiembre de 2010 a la New York General Obligations Law (Ley de Obligaciones Generales de Nueva York), un poder notarial (POA) solo tiene validez cuando está firmado tanto por el poderdante como por el apoderado. El poder notarial debe contener el lenguaje que requiere la Sección 5-1501(B) de la Ley de Obligaciones Generales de Nueva York (GOB), incluidas las secciones de “Advertencia para el poderdante” e “Información importante para el apoderado”. Consulte el poder notarial del Formulario breve estatutario de Nueva York que se adjunta como ejemplo, extraído de la Sección 5-1513 (2014) de la GOB de Nueva York.