



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD EN CONFORMIDAD CON HIPAA

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

HIM ROI Authorization, HIM ROI AUTHORIZATION SP, 7/22/19

(El Departamento de Salud del Estado de Nueva York ha aprobado este formulario)

FOR FACILITY USE ONLY:	
Date Received:	_____
Date Processed:	_____
Logged By:	_____

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Últimos cuatro (4) dígitos del n.º de seguro social
Dirección del paciente	Número de teléfono	N.º de historia clínica

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue según se establece en este formulario: De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York y las normas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **CONSUMO DE ALCOHOL y DROGAS**, los **TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL**, excepto las notas psicoterapéuticas, y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH** solo si pongo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 9 (a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya estos tipos de información y yo escriba mi inicial en la línea del cuadro en el punto 9 (a), específicamente autorizo la divulgación de dicha información a las personas indicadas en el punto 8.
- Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, los tratamientos contra la adicción a las drogas o al alcohol, o los tratamientos de salud mental, el receptor de dicha información tiene prohibido volver a revelarla sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales se lo permitan. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. En caso de que sufra discriminación a causa de la divulgación de información relacionada con el VIH, 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 las responsables de proteger mis derechos.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento a través de una carta dirigida al proveedor de atención médica que se menciona a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, a menos que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización.
- Entiendo que firmo esta autorización voluntariamente. Mi autorización para esta divulgación de información no condicionará mi tratamiento, mi pago, mi inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para obtener beneficios.
- La información divulgada en función de esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor (a excepción de lo que se indica arriba en el punto 2), y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
- ESTA AUTORIZACIÓN NO LE PERMITE DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA GUBERNAMENTAL QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9 (b).**

7. Nombre y dirección del proveedor de atención médica o de la entidad a la que se divulgará esta información: (consulte las páginas web para obtener las direcciones)

8. Nombre y dirección de las personas o de la categoría de persona a la que se enviará esta información:

9(a). Información específica que se divulgará:

Historia clínica desde (escribir fecha) _____ hasta (escribir fecha) _____

Historia clínica completa, incluidos antecedentes del paciente, notas del consultorio (excepto notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, imágenes, derivaciones, consultas, registros de facturación, registros del seguro y registros que otros proveedores de atención médica le enviarán.

Otro: _____ Incluye: (Indique escribiendo sus iniciales)

_____ **Tratamientos contra la adicción a las drogas o al alcohol**

_____ **Información de salud mental**

_____ **Información relacionada con el VIH**

Autorización para discutir información de salud

(b) Al poner mis iniciales aquí _____, autorizo a _____

Iniciales Nombre del proveedor individual de atención médica

a discutir mi información de salud con mi abogado o con la agencia gubernamental que aquí se mencionan:

(Nombre del abogado/la firma o de la agencia gubernamental)

10. Motivo por el cual se divulga la información: <input type="checkbox"/> A pedido de la persona <input type="checkbox"/> Otra:	11. Esta autorización expirará dentro del plazo de 1 año a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se especifique:
---	---

12. Si el paciente no firma, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:
--	---

Se completaron todos los puntos de este formulario y respondieron a todas mis preguntas acerca de éste. Además, recibí una copia del formulario.

Firma del paciente o del representante autorizado legalmente. Fecha Hora

Una **COPIA** de esta Autorización tendrá la misma validez y vigencia que el original

* **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 como alguien que tiene los síntomas del VIH o que está infectado por el VIH, así como también la información relacionada con los contactos de una persona.**