

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON LA LEY HIPAA**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección de paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicito que la información médica sobre mi atención y tratamiento sea transmitida de acuerdo a lo estipulado en este formulario: De conformidad con las leyes del estado de Nueva York y las normas de confidencialidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. La presente autorización pudiera incluir la transmisión de información concerniente al uso de ALCOHOL y ABUSO DE DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL, exceptuando apuntes de psicoterapia, además de INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELATIVA AL VIH\*, únicamente si estampo mis iniciales sobre la línea correspondiente en el artículo 9(a). En el caso de que la información de salud descrita a continuación incluyere cualquiera de estos tipos de información, y yo iniciare la línea en la casilla en el artículo 9(a), específicamente autorizo que dicha información sea transmitida a las personas señaladas en el artículo 8.

2. Si estoy autorizando la transmisión de información relativa a VIH, tratamiento de drogadicción o alcoholismo, o tratamiento mental, el receptor de la información en cuestión tiene prohibido volver a transmitir dicha información sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales se lo permitieren. Entiendo que tengo derecho a solicitar un listado de las personas que pudieren recibir o utilizar mi información concerniente al VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la transmisión o diseminación de cualquier información sobre VIH, puedo contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, al (212) 480-2493, o a la Comisión de los Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York, al (212) 306-7450. Estas son las agencias responsables de proteger mis derechos.

3. En todo momento tengo derecho a revocar la presente autorización, escribiéndole al proveedor de atención médica que figura más abajo. Entiendo que tengo derecho a revocar la presente autorización, salvo en la medida que ya se hubiere implementado alguna acción de acuerdo con esta autorización.

4. Entiendo que la acción de firmar de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o derecho a beneficios no estarán supeditados a mi autorización de la presente.

5. El destinatario de la transmisión de información en esta autorización podría volver a divulgarla (con excepción de lo indicado en el artículo 2 anterior) y es posible que dicha transmisión posterior ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.

**6. POR LA PRESENTE AUTORIZO A TODOS MIS PROVEEDORES DE SALUD A DIVULGAR Y COMUNICAR ESTA INFORMACIÓN CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK Y SUS EMPLEADOS, AGENTES Y CONTRATISTAS.**

7. Información específica a ser revelada:

Expediente médico de (insertar fecha) \_\_\_\_\_ a (insertar fecha) \_\_\_\_\_

Expediente médico completo, incluyendo historial del paciente, apuntes de consulta (excepto apuntes de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, derivaciones, consultas, facturación, expedientes de seguro y expedientes enviados a ustedes por otros proveedores de atención médica.

Otro: \_\_\_\_\_

Incluya: (Señale con su inicial)

\_\_\_\_\_ Tratamiento por alcoholismo/drogadicción

\_\_\_\_\_ Información sobre salud mental

\_\_\_\_\_ Información relativa a VIH

8. Motivo para divulgación de la información: <input type="checkbox"/> A petición del individuo <input type="checkbox"/> Otro: _____	9. LA PRESENTE AUTORIZACIÓN EXPIRA EN UN (1) AÑO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL PACIENTE O REPRESENTANTE ESTAMPE SU FIRMA SOBRE LA MISMA, SALVO QUE AQUÍ SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO.
--	---

10. De no ser el paciente, nombre completo de la persona que firma este formulario:	11. Autoridad para firmar a favor del paciente:
---	---

Todas las preguntas de este formulario fueron completadas y mis inquietudes sobre el mismo fueron contestadas. Además, he recibido una copia del formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado ante la ley.

Fecha: \_\_\_\_\_

\*Virus de inmunodeficiencia adquirida que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que, en lo razonable, pudiere identificar a alguien con síntomas de VIH o infección, y la información concerniente a los contactos de la persona.