



CO2S712

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

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:
Dirección del paciente:			
Yo, o mi representante autorizado (aprobado), autorizamos (permitimos) que se divulgue información de salud relacionada con mi atención y tratamiento según lo establecido en este formulario. Conforme se establece en la Ley del Estado de Nueva York y en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) de 1996, comprendo que: - Con esta autorización, se podrá divulgar (enviar) información relacionada con el TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LAS DROGAS Y/O EL ALCOHOL (por parte de unidades o programas que ofrezcan tratamiento para las drogas o el alcohol), el TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL (por parte de unidades o programas que ofrecen tratamiento de salud mental) y la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/SIDA (información con la que podría identificarse a alguien de manera razonable como portador de síntomas o infección de VIH) solamente si coloco mis iniciales en la línea correspondiente del Punto 8. En caso de que la información de salud que se describe a continuación contenga alguno de estos tipos de información y que yo coloque mis iniciales en la línea del recuadro del Punto 8, autorizo de manera específica que se divulgue dicha información a la persona o entidad indicadas en el Punto 7. - En caso de autorizar la divulgación de información relacionada con el tratamiento del alcohol, las drogas o en relación con el VIH/SIDA, o información sobre el tratamiento de salud mental, se le prohíbe al destinatario volver a divulgar dicha información sin mi autorización, excepto que así lo exija una ley federal o estatal. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de divulgaciones de mi información relacionada con el VIH/SIDA. Si experimento algún tipo de discriminación debido a la divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al 1-888-392-3644 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estos organismos están disponibles para proteger mis derechos. - Tengo derecho a revocar (cambiar de opinión al respecto) esta autorización en cualquier momento, para lo cual deberé escribirle al proveedor de atención médica que se menciona más abajo. Comprendo que puedo revocar esta autorización, excepto por la información que ya se ha divulgado. - Comprendo que la firma de esta autorización es un acto voluntario. Stony Brook Medicine no rechazará mi tratamiento, pagos, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios sobre la base de si firmo o no este formulario. - El destinatario podrá volver a divulgar la información que se divulgue en virtud de la presente autorización (excepto según se indica en el Punto 2), y dicha nueva divulgación podría dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.			
6. Proveedor o Entidad de Atención de Salud que divulgará esta información de salud:			
Nombre:		Dirección:	
Número de teléfono:			
7. Persona o Entidad de Atención de Salud que recibirá esta información de salud:			
Nombre:		Dirección:	
Número de teléfono:			
Dirección de correo electrónico:		Número de fax:	
8. Información específica que se divulgará:			
☐ Historia clínica desde (introducir fecha) _____ hasta (introducir fecha) _____		Incluir: (indicar con iniciales) _____ Información sobre el Tratamiento de Drogas o Alcohol (puede incluir información de diagnóstico, medicamentos y dosis, pruebas de laboratorio, alergias, resúmenes del historial de consumo de sustancias, resumen del historial de traumas, información sobre empleos, situación de vivienda y apoyo social, y datos sobre reclamos o encuentros) _____ Información sobre el Tratamiento de la Salud Mental _____ Información relacionada con el VIH	
☐ Historia clínica completa			
☐ Resultados de laboratorio para la fecha del servicio _____			
☐ Imágenes de radiología e informes para la fecha del servicio _____			
☐ Abstracto (resumen) de la información de la historia clínica relacionada con las siguientes fechas de servicio: _____			
☐ Otro: _____			



CO2S712

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

9a. Método para la Divulgación de Información relacionada con la Salud:

Forma de divulgación	Forma o formato de la información solicitada	Información sobre la entrega
☐ Correo postal regular	☐ Copia en papel ☐ CD	Dirección de correspondencia:
☐ Recogida en la instalación	☐ Copia en papel ☐ CD	N/C
☐ Correo electrónico seguro (E-mail)	N/C	Dirección de correo electrónico:
☐ Fax	N/C	Número de fax:

☐ Otro: Por favor, explicar:

9b. Autorización para discutir Información de Salud

Al colocar mis iniciales aquí _____, autorizo al Proveedor o la Entidad de Atención de Salud mencionada en el Punto 6 de este formulario a discutir mi información de salud conforme se especifica en la Sección 8 de este formulario con la Persona o Entidad mencionada en la Sección 7 de este formulario.

10. Motivo para divulgar Información de Salud: ☐ A pedido del individuo ☐ Otro: _____	11. Fecha o acontecimiento en los cuales vencerá esta Autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Si no es el paciente, autoridad para firmar en nombre del paciente:

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: X _____ Fecha: _____ Hora: _____