AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME CON LA LEY HIPAA

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Numero del Expediente
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito(a) que la información de salud con respect a mi cuidado y tratamiento se revele 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 (Health Insurance Portability and Accountability Act-HIPAA) de 1996, comprendo que:

1. Esta autorización puede incluir la revelación de información relacionada con el **USO EXCESIVO DE ALCOHOL Y CONSUMO DE DROGRAS, TRATAMIENTO PARA LA SALUD MENTAL**, except las anotaciones de psicoterapia y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto número 9(a). En el caso de que la información de salud descrita a continuación incluya a cualquiera de estos tips de información, y yo escriba mis iniciales en la línea de la casilla número 9(a), autorizo específicamente a revelar tal informacióm a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.
2. Si autorizo a revelar información relacionada con el VIH, tratamiento contra el alcoholism o las drogas o tratamiento para la salud mental, se le prohíbe a la persona que recibe la información volver a revelar tal información sin mi autorización a menos que las leyes federales o estatales asi lo permitan. Comprendo que tengo derecho a solicitor una lista de personas que puedan recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experiment discriminación debido a la revelación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humannos del Estado de Nueva York (New York Division of Human Rights) en el (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Cuidad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) en el (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de cuidados de salud mencionado abajo. Comprendo que puedo revocar esta autorización except en la medida que ya se haya realizado alguna acción basada en esta autorización.
4. Comprendo que esta autorización se firma voluntariamente. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad en cuanto a los beneficios no dependerá de mi autorización a esta revelación.
5. La información revelada bajo esta autorización podia volver a ser revelada por quien la recibe (except como se indica arriba en el punto 2), y las leyes federales o estatales pueden no seguir protegiendo esta nueva revelación.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA A USTED PARA HABLAR ACERCA DE MI ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE APARTE DEL ABOGADO O DE LA AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o de la entidad para revelar esta informació:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de la persona a quien se le enviará esta información:
Preferred Pediatrics of Rockland 100 Route 59, Suite 109, Suffern, NY 10901 Phone: 845-357-5020 Fax:845-357-5033

9(a). Especifique la información que se va a revelar:
- ☐ Expediente medico de (escriba la fecha):_____ a (escriba la fecha): _____
- ☐ Expediente medico complete, incluyendo historiales del paciente, anotaciones en el consultorio (except la anotaciones de psicoterapia), resultados de análisis, studios radiológicos, películas, Remisiones, consultas, expedients de factures, expedients de seguros y expedients que le enviaron a usted otros proveedores de cuidados de salud.
- ☐ Otro: _____ _____

Incluya: (*Indique escribiendo sus iniciales)*

_____ **Tratamiento contra el alcoholismo/las drogras**
_____ **Información de Salud Mental**
_____ **Información relacionada con el VIH**
_____ **Prueba de Genetica**

Autorización para hablar sobre la Información de Salud

(b) ☐ Al escribir las iniciales aquí _____ yo autorizo a _____
Iniciales — Nombre del proveedor de cuidados de salud del individuo

Para hablar acerca de mi información de salud con mi abogado o agencia gubernamental, anotada aquí:

_____
(Nombre y Firma del abogado o Nombre de la Agencia gubernamental)

10. Motivo por el cual se revela la información:	11. Fecha o momento de vencimiento de esta autorización:
■ Solicitado por el individuo ☐ Otro:	Upon release of requested records
12. Si el paciente no firma, escriba el nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad legal para firmar en nombre del paciente: Circule uno: Madre Padre Yo Mismo Tutor Legal

Se han completado todos los puntos de este formulario y se han contestado mis preguntas sobre el mismo. Además, se me ha entregado una copia de este formulario.

_____ Fecha: _____
Firma del paciente o reprensentante autorizado ante la ley.

*** El Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. Las Leyes de Salud Pública del Estado de Nueva York (New York State Public Health Law) protegen la información que razonablemente puede identificar a alguien con síntomas o infección por VIH y la información con respect a quienes hayan tenido contacto con esa persona.**