



**Autorización para la divulgación de información médica protegida (Protected Health Information, PHI)
(incluida la información relacionada con el tratamiento por el consumo de alcohol/drogas y con la salud mental)
y de información confidencial relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome
de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del paciente
Dirección del paciente:		

1. Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue tal y como se establece en este formulario. Comprendo que esta autorización puede incluir la divulgación de: Información relacionada con el tratamiento por el consumo de alcohol/drogas y el tratamiento de salud mental, a menos que restrinja la divulgación de esta información en el punto 9; e Información confidencial relacionada con el VIH/SIDA solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente del punto 9. Autorizo expresamente la divulgación de dicha información a las personas/entidad indicadas en el punto 6.
2. Con algunas excepciones, una vez divulgada la información médica, el destinatario puede divulgarla de nuevo. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, el tratamiento por consumo de alcohol o drogas, o el tratamiento de la salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información o utilizar la información divulgada para cualquier otro propósito sin mi autorización, a menos que lo permita la ley federal o estatal vigente. Si sufro discriminación debido a la divulgación o difusión de información relacionada con el VIH/SIDA, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al 1-888-392-3644. Esta agencia es responsable de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiéndole al proveedor/entidad que se indica a continuación en el punto 5, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización. Tengo derecho a revisar/recibir una copia de la información que se va a divulgar.
4. La firma de esta autorización es voluntaria. Comprendo que mi tratamiento, el pago de este, mi inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación. Sin embargo, comprendo que, en algunas circunstancias, se me puede denegar el tratamiento si no firmo este consentimiento.

5. Nombre y dirección del proveedor/entidad que <u>DIVULGARÁ</u> esta información:
6. Nombre y dirección de las personas/entidad que <u>RECIBIRÁN</u> esta información:

7. Propósito de la divulgación de información: ☐ A petición mía ☐ Continuidad de la atención/del tratamiento ☐ Otro: _____

8. Fecha o evento de vencimiento de la autorización: _____ (si no se especifica la fecha/evento de vencimiento, esta autorización vencerá cuando la persona/entidad mencionada anteriormente, autorizada para recibir esta información, ya no participe en la atención del paciente).

9. Información que se divulgará: _____
☐ Toda y cualquier información médica protegida (escrita u oral), excepto: _____ Autorizo la divulgación de la siguiente información médica confidencial si la parte solicitada de mi expediente la contiene: Servicios de salud mental y conductual, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual (ETS), pruebas genéticas (incluidos los resultados de las pruebas). Tengo derecho a restringir la divulgación de mi información médica confidencial mencionada anteriormente (indique las restricciones aquí, si las hubiera): _____
Al colocar mis iniciales a continuación, autorizo que la divulgación incluya la siguiente información médica confidencial: _____ Información relacionada con el VIH/SIDA

Leí la información anterior y todas mis preguntas acerca de este formulario han sido respondidas. Al firmar debajo, confirmo que acepto todo lo anterior. Completé todos los puntos de este formulario y se me ha proporcionado una copia del mismo.

☒ _____
Firma del paciente/padre/madre/tutor legal/representante personal

_____ Fecha

Si usted no es el paciente, pero es la persona que firma esta autorización, escriba su nombre en letra de imprenta

Autoridad para firmar en nombre del paciente

*La firma del testigo solo es necesaria si el paciente tiene la capacidad de dar su consentimiento, pero no es capaz desde el punto de vista físico de firmar con su nombre (por ejemplo, su firma es una marca).

Testigo*: _____
Firma Nombre en letra de imprenta/Cargo Fecha