

# Montefiore Autorización para divulgación de información de salud en virtud de la ley HIPAA

Nombre y dirección del paciente (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento	N. ° de historia clínica
	Número de teléfono	Fecha en que se lo recibió en el establecimiento

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario: De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.
- Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito solicitándolo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.
- Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.
- La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.
- ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:	
8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:	
<b>9 a) Información específica a divulgar:</b> <input type="checkbox"/> Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____ <input type="checkbox"/> El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica. <input type="checkbox"/> Resumen de la historia clínica <span style="float: right;">Incluye: (Indicar con iniciales)</span> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Other: _____                  _____                  _____             </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">                 _____ <b>Tratamiento de alcohol/drogas</b>                  _____ <b>Información relacionada con salud mental</b>                  _____ <b>Información relacionada con el VIH</b>                  _____ <b>Información de sobre pruebas genéticas</b> </div> </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Por favor, tenga presente que, a menos que coloque sus iniciales en el casillero correspondiente, es posible que no podamos procesar su solicitud.</p>	
<b>9 b) Autorización para hablar sobre mi información de salud</b> <input type="checkbox"/> Al colocar mis iniciales aquí _____ autorizo a _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <span>Iniciales</span> <span>Nombre del proveedor de atención de la salud particular</span> </div> a hablar sobre mi información de salud con el individuo que se especifica a continuación: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <span></span> <span>Nombre del individuo</span> </div>	
10. Formato de entrega en que se solicitó: <input type="checkbox"/> Impreso en papel <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Otro: _____	11. Modo de entrega: <input type="checkbox"/> Retiro en persona <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Otro: _____
12. Razón de la divulgación de información: <input type="checkbox"/> A solicitud del individuo <input type="checkbox"/> Otra: _____	13. Fecha o evento de vencimiento de esta autorización:
14. En caso de que no sea el paciente, nombre de la persona que firma este formulario (en letra de imprenta):	15. Facultad para firmar en nombre del paciente:
<b>Se completaron todos los puntos del presente formulario y se respondieron todas mis preguntas sobre este formulario. Al firmar a continuación, doy cuenta de que he leído y acepto todo lo que antecede.</b>	
Firma del paciente o representante autorizado por ley	Fecha

**Por favor, devuelva el formulario completo a: Montefiore, 111E. 210th Street, Bronx, NY 10467**