



**Autorización para divulgar información protegida de salud**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ No. de expediente médico (si lo conoce): \_\_\_\_\_

Nombre en el momento del tratamiento (si era diferente): \_\_\_\_\_

Método de entrega Impreso: \_\_\_\_\_ CD: \_\_\_\_\_ Disco externo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Tele: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Autorizo a WMCHealth Physicians - Advanced Physician Services para divulgar la información de salud del individuo arriba mencionado como se detalla a continuación:**

**Nombre y dirección de la(s) persona(s) a quien(es) se enviará esta información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico o información alternativa de contacto: \_\_\_\_\_

**Descripción de la información a divulgar: (marque las casillas apropiadas)**

- Todos los registros médicos, incluyendo historia clínica, resultados de pruebas, información genética, derivaciones, consultas (*excluyendo* tratamientos por alcohol y drogas, información relacionada con VIH, tratamientos de salud mental y notas de psicoterapia)
  - Incluir registros de facturación y seguros
  - Incluir registros enviados a Advanced Physician Services por otros proveedores de servicios de salud
- Registros médicos desde el (fecha): \_\_\_\_\_ hasta el: \_\_\_\_\_
- Resumen del expediente médico (*sólo información médica pertinente*)
- Otros (por favor describa): \_\_\_\_\_
- Autorizo la divulgación de los siguientes registros (por favor marque con sus iniciales):
  - \_\_\_\_\_ Información sobre tratamientos de alcohol/drogas
  - \_\_\_\_\_ Información sobre tratamientos relacionados con VIH
  - \_\_\_\_\_ Notas de psicoterapia (*si contesta que sí, llene la autorización adicional para este propósito*)
  - \_\_\_\_\_ Información sobre tratamientos de salud mental (*excluyendo notas de psicoterapia*)

**Propósito de la divulgación:** \_\_ Continuidad de la atención \_\_ Seguro \_\_ Legal \_\_ A la misma persona \_\_ Otro \_\_\_\_\_

Esta autorización expirará en un año contado a partir de la fecha en la que se firmó, a menos que se especifique una fecha o evento de expiración. (*Por favor marque la fecha o evento de expiración que desee, si lo hay*) \_\_\_\_\_

1. Si autorizo la divulgación de la información relacionada con el VIH, con tratamientos por alcohol o drogas o con tratamientos de salud mental, el receptor tiene prohibido revelar a alguien más tal información sin mi autorización, a menos que la ley federal o estatal lo permita. Comprendo que tengo el derecho de solicitar una lista de las personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la divulgación o revelación de mi información acerca del VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al teléfono (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al teléfono (212) 306-7450.
2. Comprendo que cualquier divulgación/revelación está regida por el Título 42 del Código de Regulaciones Federales que gobierna la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, así como la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (por sus siglas en inglés, "HIPAA") de 1996, 45 C.F.R. pts 160 y 164; y que está prohibido volver a divulgar esta información a una parte distinta a la designada arriba sin mi autorización por escrito.
3. WMCHealth Physicians - Advanced Physician Services no condiciona el tratamiento o el pago a que usted firme esta autorización.
4. La información divulgada bajo esta autorización podría ser vuelta a divulgar por el receptor y podría ya no estar protegida.



**Autorización para divulgar información protegida de salud**

- Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta donde WMCHHealth Physicians - Advanced Physician Services ya haya actuado con base en la misma. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Westchester Medical Center Health Physicians - Advanced Physician Services 19 Bradhurst Avenue Suite 3100 Hawthorne, Nueva York 10532 (Teléfono: 914-909-9018)

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar este formulario, reconozco que he leído y aceptado todo lo anterior.

\_\_\_\_\_

*Firma del paciente*

\_\_\_\_\_

*Fecha*

Para menores de edad: Por este medio declaro que soy un padre natural o adoptivo o un tutor legal del menor arriba mencionado, y que no existe ninguna orden judicial que restrinja o prohíba mi acceso a los expedientes indicados:

Otros representantes legales debe adjuntar una copia de apoderado para la atención médica, carta poder, última voluntad y

testamento u otro documento:

Indique la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

*Nombre en letra de molde*

\_\_\_\_\_

*Fecha*

Cuotas: **Le cobraremos una cuota razonable para recuperar los costos de copiado, envío por correo y suministros usados para satisfacer su solicitud. Las copias enviadas a un médico son gratuitas.**