

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

*Consideramos que la información sobre usted y sobre su salud es personal, y estamos comprometidos a proteger la privacidad de dicha información. Debido a este compromiso, debemos obtener su autorización especial antes de utilizar o divulgar su información médica protegida para los fines descritos más abajo. Mediante este formulario obtenemos tal autorización; además nos ayuda a asegurarnos de que usted esté debidamente informado acerca de cómo se utilizará o divulgará esta información. Lea detenidamente la siguiente información antes de firmar este formulario. NO FIRME UN FORMULARIO EN BLANCO.*

### ACUERDOS ESPECÍFICOS

- Con su firma en este formulario de autorización, usted autoriza el uso y la divulgación de su información médica protegida. Esta información puede divulgarse si los destinatarios descritos en este formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad de la información.
- Si autoriza la divulgación de la información relacionada con el VIH, información sobre tratamiento psiquiátrico o por alcoholismo o drogadicción, debe saber que los destinatarios tienen prohibido volver a divulgarla sin su autorización, a menos que así lo permitan las leyes federales o estatales. También tiene derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar esta información específica sin autorización. Si es discriminado a causa de la divulgación o revelación de información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 870-8624 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 566-5493. Estos organismos son responsables de proteger sus derechos.
- Además de cumplir con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health and Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, la divulgación de información de la salud mental será conforme a los Artículos 33.13 y 33.16 de la Ley de Salud Mental de Nueva York (New York Mental Hygiene Law), y la divulgación de información sobre abuso de alcohol o sustancias será conforme a la 42 C.F.R. parte 2, 45 C.F.R. partes 160 y 164 y las Leyes de Confidencialidad de Nueva York.

### SUS DERECHOS SON LOS SIGUIENTES:

- Puede negarse a firmar esta autorización. Si no firma este formulario, no se verán afectados su atención médica, el pago por su atención médica ni sus beneficios.
- Usted puede solicitar ver y copiar la información que se describe en este formulario de autorización según las políticas del hospital.
- Si firma esta autorización, tiene derecho a revocarla cuando lo desee, excepto en el caso de que el hospital ya haya actuado basándose en su autorización. Para revocar esta autorización, escriba a: Privacy Officer / The New York Eye and Ear Infirmary, 310 East 14 Street, New York, New York 10003.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Núm. de reg. médico \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Apartamento núm.

Ciudad Estado Código postal

Núm. de teléfono \_\_\_\_\_ Núm. de SS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por medio de este documento, autorizo al Departamento de Registros Médicos de The New York Eye and Ear Infirmary a entregar copias de mi información médica a:

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

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Núm. de fax: \_\_\_\_\_

Sírvase revelar la información específica descrita a continuación (complete una):

REGISTROS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

INCLUYA SOLO REGISTROS DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_ RESUMEN \_\_\_\_\_

LABORATORIO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

RADIOGRAFÍAS \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Fin para el que se utilizará o divulgará la información \_\_\_\_\_

**SI EL REGISTRO SOLICITADO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO, POR ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN, O CONTIENE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH, DEBE ESCRIBIR SUS INICIALES EN UNA O AMBAS DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES PARA AUTORIZAR ESPECÍFICAMENTE LA DIVULGACIÓN DE ESA INFORMACIÓN :**

\_\_\_ Entiendo que mis registros contienen información sobre tratamiento psiquiátrico, por alcoholismo o drogadicción y que dicha información se divulgará conforme a este formulario de consentimiento.

\_\_\_ Entiendo que mis registros contienen información relacionada con el VIH y que dicha información se divulgará conforme a este formulario de consentimiento. La información confidencial relacionada con el VIH es toda aquella información que indica que una persona se realizó una prueba para la detección del VIH, tiene una enfermedad relacionada con el VIH o el SIDA, o cualquier información que pueda indicar que ha estado expuesto al VIH.

**Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma del paciente o del representante del paciente, a menos que se especifique lo contrario:** \_\_\_\_\_  
Fecha o evento que desencadenará el vencimiento

Se compensará al hospital por los costos de copias, envíos por correo u otros suministros que se utilicen para llevar a cabo su solicitud conforme a la ley del Estado de Nueva York.

*He leído este formulario y he recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que he formulado. Mi firma al pie certifica que he leído y que acepto todo lo estipulado anteriormente.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del sujeto o del representante personal en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal

Identificación presentada: \_\_\_\_\_ Aceptada por: \_\_\_\_\_ Copia presentada: Sí No