

**PHELPS MEMORIAL HOSPITAL CENTER  
SLEEPY HOLLOW, NY 10591**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN  
DE SALUD DE CONFORMIDAD CON HIPAA**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Últimos cuatro dígitos del n.º de Seguro Social
Dirección del paciente	Número de teléfono	N.º de HC

Yo, o bien mi representante autorizado, solicito que la información de salud con respecto a mi atención y tratamiento se divulgue según se establece en este formulario. En conformidad con la ley del estado de Nueva York y la Regla de privacidad de la Ley sobre seguridad y transferibilidad del seguro de salud de (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996. Comprendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE DROGAS y ALCOHOL, TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE EL VIH\*** solo si coloco mis iniciales en la línea apropiada en el ítem 8. En caso de que la información de salud que se describe a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y yo haya colocado mis iniciales en la línea del ítem 8, autorizo específicamente que se divulgue tal información a las personas que se indican en el ítem 7.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamientos por abuso de drogas o alcohol o información de tratamientos de salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Comprendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin mi autorización. Si sufro discriminación debido a la entrega o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.

3. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al escribir al proveedor de servicios de salud que se indica a continuación. Comprendo que puedo revocar esta autorización, excepto hasta el punto en que ya se han tomado acciones sobre la base de esta autorización.

4. Comprendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi autorización de esta divulgación no condicionará mi tratamiento, pago, afiliación a un plan de salud o idoneidad para obtener beneficios.

5. El destinatario puede volver a divulgar la información que se divulgue bajo esta autorización (excepto como se indica anteriormente en el ítem 2) y esta divulgación posterior no estará protegida por las leyes federales o estatales.

6. Nombre y dirección del proveedor o entidad de salud que divulgará esta información: PHELPS MEMORIAL HOSPITAL CENTER 701 NORTH BROADWAY SLEEPY HOLLOW, NY 10591	
7. Nombre y dirección de las personas o categoría de persona a quién se le enviará esta información:	
8. Información específica que se divulgará: <input type="checkbox"/> Historia clínica desde (ingrese la fecha) _____ hasta (ingrese la fecha) _____ <input type="checkbox"/> Historia clínica completa <span style="float: right;">Incluye: (Coloque sus iniciales para indicar)</span> <input type="checkbox"/> Otra: _____ <span style="float: right;"><b>Tratamiento por abuso de drogas o alcohol</b></span> <span style="float: right;"><b>Información relacionada con VIH</b></span> <span style="float: right;"><b>Información de salud mental</b></span>	
9. Razón para la divulgación de la información: <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Atención médica <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otra: _____	10. Esta autorización vencerá dentro de 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique:
11. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	12. Autorización para firmar en nombre del paciente:

Se han completado todos los ítems de este formulario y se han respondido todas mis preguntas acerca del mismo. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por ley.

**Una COPIA de esta Autorización tendrá la misma fuerza y efecto que un original**

**\* Virus de inmunodeficiencia humana que provoca el SIDA. La Ley de Salud Pública de Nueva York protege la información que podría Razonablemente identificar a alguien que tenga síntomas del VIH o infección por VIH y la información con Respecto a los contactos de la persona.**