

## Autorización para divulgación de información de salud de conformidad con HIPAA

### (Authorization for Release of Health Information Pursuant To HIPAA)

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA. INCLUIR NÚM. DE VIVIENDA)	NÚMERO DE TELÉFONO
	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Yo o mi representante autorizado solicitamos que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento se consulte, use y divulgue según se establece en este formulario:

De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York y las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con la **ADICCIÓN AL ALCOHOL y LAS DROGAS, TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL**, excepto notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** sólo si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 8(a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya estos tipos de información y yo escriba mi inicial en la línea del cuadro en el punto 8(a), específicamente autorizo la divulgación de dicha información a las personas indicadas en el punto 7.
2. Si autorizo a divulgar información relacionada con el VIH, los tratamientos contra la adicción a las drogas y al alcohol o los tratamientos de salud mental, el receptor de dicha información tiene prohibido volver a revelarla sin mi autorización, a menos que las leyes federales o estatales lo permitan. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que puedan recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si me discriminaran debido a la divulgación de información relacionada con el VIH, podré comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York llamando al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento a través de una carta dirigida al proveedor de atención médica que se menciona a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, a menos que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización.
4. Entiendo que firmo esta autorización voluntariamente. Mi autorización para esta divulgación de información no condicionará mi tratamiento, mi pago, mi inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para obtener beneficios.
5. La información divulgada en función de esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor (a excepción de lo que se indica arriba en el punto 2), y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.

6. Nombre y dirección del proveedor de atención médica o de la entidad a la que se divulgará esta información: <div style="text-align: center; font-weight: bold; padding: 5px;">Phelps Hospital Northwell Health</div>
--

6a. Si solicita sólo los resultados de laboratorio directamente de Northwell Health Laboratories, escriba "Northwell Health Laboratories" arriba. Proporcione la siguiente información y luego pase directamente a las Secciones 8, 10, 11, 12 y 13, y firme como se indica debajo del elemento 13.
---

Nombre del médico solicitante: (Ordering Physician's Name:) _____	
Información que se entregará: <u>Resultados de pruebas de laboratorio</u> (Information to Be Released: <u>Laboratory testing results</u> )	
Fecha de servicio: (Date Of Service:) ____ / ____ / ____	

Receptor autorizado:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Designado del paciente (o padre de paciente menor no emancipado) Nombre del designado _____ Relación _____
----------------------	-----------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Médico de consulta: Nombre: _____ (Consulting Physician: Name:) Dirección: (Address:) _____	Número de teléfono: (_____) _____ (Telephone:) _____
--	--

El laboratorio NO PUEDE contestar preguntas en referencia a la interpretación, el diagnóstico o el tratamiento de los resultados de laboratorio. Todas las preguntas relativas a las pruebas y los resultados serán contestadas por el MÉDICO DEL PACIENTE SOLAMENTE. Los informes generalmente estarán disponibles 4 días después de que TODOS los resultados de las pruebas de laboratorio estén completos.

Opción de resultado (seleccione uno)  Correo  Fax  Retiro (en cualquier Centro de servicio al paciente)

Iniciales del paciente o representante:



## Autorización para divulgación de información de salud de conformidad con HIPAA (Authorization for Release of Health Information Pursuant To HIPAA)

<b>7. Nombre, dirección y números de teléfono y fax de las personas o de la categoría de persona a la que se enviará esta información:</b>	
Nombre completo (en letra de imprenta):	Número de teléfono:
Dirección completa (en letra de imprenta, incluir núm. de vivienda o apartamento)	Número de fax:
	Dirección de correo electrónico:
<b>8. (a). Información específica que se divulgará:</b> <input type="checkbox"/> Resumen de historia clínica <input type="checkbox"/> Historia clínica desde (escribir fecha) _____ hasta (escribir fecha) _____ <input type="checkbox"/> Juego de archivos designado <input type="checkbox"/> Historia clínica completa, incluidos antecedentes del paciente, notas del consultorio (excepto notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, imágenes, derivaciones y consultas.  <input type="checkbox"/> Otros: _____ Incluye: (Indique escribiendo sus iniciales) _____ <b>Tratamientos contra la adicción a las drogas o al alcohol</b> _____ <b>Información de salud mental</b> _____ <b>Información relacionada con el VIH</b>	
<b>8. (b). Autorización para discutir información de salud</b> <input type="checkbox"/> Al escribir mis iniciales aquí _____ autorizo _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 80%; margin: 5px auto;"> <span>Iniciales</span> <span>Nombre del prestador de atención médica individual</span> </div> para analizar mi información de salud con la persona mencionada: _____ <div style="display: flex; justify-content: center; width: 80%; margin-top: 5px;"> <span>Nombre de la persona</span> </div>	
<b>9. Motivo por el cual se divulga la información:</b> <input type="checkbox"/> A pedido de la persona <input type="checkbox"/> Otros: _____	<b>10. Fecha o evento en el que vencerá esta autorización:</b> <b>Un año desde la firma</b>
<b>11. Nombre en letra de imprenta y firma de la persona que firma el formulario:</b>	<b>12. Persona autorizada para firmar en nombre del paciente o relación con el paciente:</b>

Se completaron todos los puntos de este formulario y respondieron a todas mis preguntas acerca de éste. Además, recibí una copia de este formulario.

Paciente/agente/familiar/tutor* (Firma) <small>(Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature))</small>	Fecha / Hora <small>(Date / Time)</small>	Nombre en letra de imprenta   Relación, en caso de que no fuera el paciente <small>(Print Name)   (Relationship if other than patient)</small>
N.º de identificación del intérprete telefónico <small>(Telephonic Interpreter's ID #)</small> <b>O (OR)</b>	Fecha / Hora <small>(Date / Time)</small>	
Firma: Intérprete <small>(Signature: Interpreter)</small>	Fecha / Hora <small>(Date / Time)</small>	En letra de imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente <small>(Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient)</small>
Testigo de la firma (Firma) <small>(Witness to signature (Signature))</small>	Fecha / Hora <small>(Date / Time)</small>	Nombre del testigo en letra de imprenta <small>(Print Witness Name)</small>

\* El paciente debe firmar a menos que sea un menor de 18 años no emancipado o sea de algún otro modo incapaz de firmar.  
**\* Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. Las leyes de salud pública del estado de Nueva York protegen la información que razonablemente pudiera identificar a una persona como alguien que tiene los síntomas del VIH o que está infectado con el VIH, así como también la información de quienes hayan tenido contacto con esa persona.**

<b>Internal Use Only - Student Immunization Authorization</b> Consent provided by _____	
Consent provided by: _____	Relationship to Patient: _____
Name of HIM Staff Member who obtained verbal consent: _____	Date Processed: _____
Internal Use Only - For Northwell Health Laboratories Use Only:	
Date:    /    /    ; Time:    :    :    ; Personnel Name: _____	Accession #: _____

## Consentimiento de comunicación por correo electrónico: (Electronic Communication Consent:)

Si elige solicitar su historia clínica por correo electrónico, Northwell Health requiere que acepte y dé su consentimiento para lo siguiente:

Salvo que se solicite específicamente de otro modo, los correos electrónicos que se me envíen de Northwell Health estarán encriptados para mantenerlos seguros durante la transmisión. Comprendo que la mayoría de los servicios de correo electrónico personales no encriptan ni protegen de otro modo los correos electrónicos y, por lo tanto, los correos electrónicos que yo envíe desde mi cuenta de correo electrónico pueden no estar protegidos del acceso no autorizado por parte de otras personas a través de la piratería informática u otros medios. Como consecuencia, comprendo que si me comunico con el proveedor mediante mi cuenta de correo electrónico personal, esto puede no resultar seguro y existe el riesgo de que mi información de salud sea obtenida por otras personas que no están vinculadas con mi proveedor. No obstante este riesgo, autorizo a mi proveedor a transmitir mi información de salud mediante correo electrónico.

Asimismo acepto que los correos electrónicos pueden ser enviados involuntariamente a la dirección equivocada y estar expuestos al mal funcionamiento técnico. Por lo tanto, comprendo que la entrega de correos electrónicos no está garantizada y puede estar sujeta a la divulgación no autorizada a terceros.

Acepto que mi proveedor de atención médica o yo podemos cancelar los servicios de comunicación por correo electrónico en cualquier momento.

Comprendo que soy responsable de notificar al proveedor de atención médica si decido interrumpir las comunicaciones por correo electrónico o si mi dirección de correo electrónico se ha modificado.

_____ Paciente/agente/familiar/tutor* (firma) (Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature))	_____ Fecha / Hora (Date / Time)	_____ Nombre en letra de imprenta (Print Name)	_____ Relación, en caso de que no fuera el paciente (Relationship if other than patient)
_____ N.º de identificación del intérprete telefónico (Telephonic Interpreter's ID #) <b>O BIEN, (OR)</b>	_____ Fecha / Hora (Date / Time)		
_____ Firma: Intérprete (Signature: Interpreter)	_____ Fecha / Hora (Date / Time)	_____ En letra de imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente (Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient)	
_____ Testigo de la firma (firma) (Witness to signature (Signature))	_____ Fecha / Hora (Date / Time)	_____ Nombre del testigo en letra de imprenta (Print Witness Name)	

\* Debe obtenerse la firma del paciente a menos que el paciente sea un menor de 18 años no emancipado o esté de alguna manera incapacitado para firmar.

### **Solicitud de comunicación por correo electrónico mediante correo electrónico no encriptado solamente**

Northwell no recomienda el envío de comunicaciones sin encriptación. Además de los riesgos descritos anteriormente, el envío de correos electrónicos sin encriptar implica que otras personas puedan tener acceso a la información y leerla una vez que esta sea transmitida por Internet. Mediante la firma a continuación y la autorización del correo electrónico sin encriptar, acepto los riesgos a los cuales puede verse expuesta mi información.

_____ Paciente/agente/familiar/tutor* (firma) (Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature))	_____ Fecha / Hora (Date / Time)	_____ Nombre en letra de imprenta (Print Name)	_____ Relación, en caso de que no fuera el paciente (Relationship if other than patient)
--	--	--	--