

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA****[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

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:

1. 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.

2. 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.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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:

9(a). Información específica a divulgar:

- Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____
- 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.

Otro: _____

Incluye: (Indicar con iniciales)

_____ **Tratamiento de alcohol/drogas**

_____ **Información de salud mental**

_____ **Información relacionada con el VIH**

Autorización para discutir información médica

(b) Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo _____

Iniciales

Nombre del proveedor individual de atención médica

para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

_____ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

Fecha: _____

* **El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona.**

Instrucciones para el uso del formulario de autorización conforme a la HIPAA para divulgar información de salud requerida en una demanda judicial

Este formulario es el resultado de un proceso de colaboración entre la Oficina del Tribunal Administrativo del Estado de Nueva York, representantes de la comunidad de proveedores de servicios de salud de Nueva York y los jueces y abogados, cuyo objetivo era la producción de un formulario oficial estándar que cumpla los requerimientos de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y sus normativas complementarias, a fin de que se lo use para autorizar la divulgación de información sobre la salud que se requiera en las demandas judiciales que se desarrollen en los tribunales del estado de Nueva York. Sin embargo, su utilidad puede extenderse a otras áreas y puede ser empleado antes de que comience el proceso de litigio o en cualquier momento que el abogado considere útil.

La meta era producir un formulario oficial que cumpliera con la HIPAA para obviar las disputas en curso que, ocasionalmente, se producen con relación a si las solicitudes de información sobre la salud respetan los requerimientos de la Norma de Privacidad de la HIPAA. Cabría destacar, sin embargo, el carácter opcional del formulario. Este formulario puede llenarse en línea y descargarse para firmarlo a mano, o descargarse y llenarse completamente en físico.

Cuando llene el Punto 11, que pide la fecha o el evento de vencimiento de la autorización, la persona encargada de llenar el formulario puede designar un evento, como por ejemplo "a la conclusión de mi caso", o facilitar un periodo específico, como por ejemplo "desde ahora hasta dentro de 3 años".

Si un paciente busca autorizar la divulgación de su expediente médico en su totalidad, pero solo a partir de una cierta fecha, deberían marcarse los primeros dos cuadros en la sección 9(a) e introducirse la fecha relevante en la primera línea, que contiene el primer cuadro.