

**Autorización para divulgar información protegida de salud**SI NO TIENE ETIQUETA: ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE EL APELLIDO,  
NOMBRE, NO. DE HC, GÉNERO Y FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

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 Ext: \_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_

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

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

**Autorizo al MHRH de Westchester Medical Center 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 estudios, películas e imágenes de radiología, tiras de monitoreo fetal Incluir registros de facturación y seguros Incluir registros enviados a MHRH de WMC 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*)

\_\_\_\_\_ Pruebas genéticas/documentación

**Propósito de la divulgación:** \_\_Continuidad de la atención \_\_Seguro \_\_Legal \_\_A sí mismo \_\_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 (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (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. MHRH de Westchester Medical Center 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.
5. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta donde MHRH de Westchester Medical Center ya haya actuado con base en la misma. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Health Information Management Department of MidHudson Regional Hospital, en 241 North Road, Poughkeepsie, New York 12601 Teléfono: 845-431-8150/8152 Fax: 845-483-5099



**Autorización para divulgar información protegida de salud**

SI NO TIENE ETIQUETA: ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE EL APELLIDO,  
NOMBRE, NO. DE HC, GÉNERO Y FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

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.**