

Sección 1: Información del paciente

| | | | | | |
|------------|---------|----------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| Apellido: | | Primer nombre: | | Fecha de hoy: / / | |
| Dirección: | | | # de apartamento: | Fecha de nacimiento: / / | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | Número de teléfono: () | | |

Sección 2: Divulgar información a

Por medio del presente autorizo a Callen-Lorde Community Health Center a compartir toda información médica que me identifique individualmente, que puede incluir información protegida o privilegiada, a la siguiente persona/organización.

| | | | | | |
|------------|---------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|--|
| Nombre: | | Organización y Departamento: | | | |
| Dirección: | | | | Número de teléfono: () | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | Número de fax: () | | |

Sección 3: Información que se divulgará

Por favor, marque de qué manera se divulgará inicialmente: Fax Correo Se recogerá Comunicación verbal/3ros

Registros Médicos: Marque **Si** o **No** para cada uno de los siguientes tipos de registro:

- | | |
|--|--------------------------|
| Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mis registros de tratamiento médico durante el siguiente período _____ a _____. | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Resultados de laboratorio más recientes | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Todos los resultados de laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Todos los registros médicos | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro registros: _____ | |

Registros Dentales: Marque **Si** o **No** para el tipo de registro que divulgará y de qué período :

- _____ a _____
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dental - Radiografías | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dental - Plan de Tratamiento | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Todos los registros dentales | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro: _____ | |

Sección 4: Información Sensible

Las siguientes categorías de información **NO** se divulgarán de sus registros sin su autorización específica. Para autorizar la divulgación, **firmar su nombre completo** al lado de las categorías que desea divulgar.

| | Firma del Paciente | Información que se divulgará |
|---|--------------------|------------------------------|
| Información relacionada con VIH (Incluyendo prueba de VIH) | | |
| Tratamiento de Salud Mental | | |
| Uso de sustancias y Tratamiento (Incluyendo alcohol y drogas) | | |
| Prueba Genético | | |

Sección 5: Motivo de la Divulgación y Plazo

Motivo: Autorizo la divulgación de la información por el siguiente motivo:

Fecha de Vencimiento: Especifique la fecha de vencimiento si es diferente a 12 meses. / /

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica respecto de mi atención y tratamiento sea divulgada según lo indicado en este formulario. Entiendo que:

Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL e INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH/SIDA sólo si firmo en la línea correspondiente de la Sección 4 de este formulario. En caso que la información médica descrita anteriormente incluya estos tipos de información, y que yo haya firmado la línea en la Sección de Información Sensible, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicada(s) en la Sección 2.

Con algunas excepciones, la información médica al ser divulgada puede volver a ser divulgada por el receptor. Si autorizo la divulgación de información relacionada con VIH/SIDA, tratamiento por alcohol o drogas o salud mental, el receptor tiene prohibido volver a divulgar dicha información o usar la información divulgada para otro fin sin mi autorización a menos que esté permitido por la ley federal o estatal. Si sufro discriminación por la divulgación o revelación de información relacionada con VIH/SIDA, contactaré a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al 18883923644. Esta agencia es responsable de proteger mis derechos.

Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Callen-Lorde Community Health Center. Entiendo que podré revocar esta autorización excepto respecto a información sobre la que ya se haya actuado en función de esta autorización.

La firma de esta autorización es voluntaria. Entiendo que en general mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no dependerán de que autorice esta divulgación. Sin embargo, entiendo que podrán negarme tratamiento en algunas circunstancias si no firmo este consentimiento.

X

Firma del Paciente

Esta autorización expira en 12 meses desde la fecha de la firma a menos que se indique lo contrario en la Sección 5.

Fecha

For Staff Use Only:

Date: _____

Staff Witness: _____

Processed: Date: _____

By: _____

Sent via: _____