CALLEN-LORDE

DIVULGACION DE INFORMACION DE LA SALUD

MRN: _____

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:		Fecha de hoy:
Dirección:		N.° 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 departmento:		
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 o tercero

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

Sí	No	
☐	☐	Mis registros de tratamiento médico durante el siguiente período: _____ a _____
☐	☐	Resultados de laboratorio más recientes
☐	☐	Todos los resultados de laboratorio
☐	☐	Todos los registros médicos
☐	☐	Other records: _____

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

Sí	No	
☐	☐	Dental - radiografias
☐	☐	Dental - plan de tratamiento
☐	☐	Todos los registros dentales
☐	☐	Otro: _____

La divulgación debe excluir la siguiente información:

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SENSIBLE

Las siguientes categorías de información **NO** se divulgarán de sus registros sin su autorización específica. Para autorizar la divulgación, **firme su nombre completo** al lado de las categorías qu 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 drugas)		
Prueba genético		

Certifico que el uso o la divulgación de la Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que estoy solicitando, no es para un fin prohibido por la Regla de Privacidad de HIPAA 45 CFR 164.502(a)(S)(iii), es debido a uno de los siguientes **(marque una casilla)**:

☐ El propósito del uso o divulgación de PHI no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva o identificar a cualquier persona para tales fines.

☐ El propósito del uso o divulgación de PHI es investigar o imponer responsabilidad a cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva, o identificar a cualquier persona para tales fines, no obstante, la atención médica reproductiva en cuestión **no fue legal** en las circunstancias en que fue proporcionada.

Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones penales conforme al artículo 42 U.S.C. 1320d-6 si, conscientemente y en violación de HIPAA, obtengo información médica individualmente identificable relacionada a un individuo o divulgo información médica individualmente identificable a otra persona.

SECCIÓN 5: MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN Y PLAZO

Motivo: Authorizo la divulgación de la información por el siguiente motivo:	**Fecha de vencimiento:** Especifique la fecha de venciemiento 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 descripta 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.

_____ Firma del paciente

_____ Fecha

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

PARA USO EXCLUSIVO DE LOS EMPLEADOS:

Staff Witness: ☐ Scan Only	☐ Processed:
Date: _____	Date: _____
Name: _____	By: _____
Signature: _____	Sent Via: _____