

Autorización para revelar información médica protegida – Página 1 de 2

Nombre del paciente: _____ Número de expediente médico (si lo conoce): _____

Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente): _____

Método de entrega: Papel: ____ CD: ____ Unidad externa: ____ Correo electrónico: ____

Dirección del paciente: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

**Autorizo al HealthAlliance Hospital a revelar la información médica de la persona arriba mencionada de la siguiente manera:
Nombre y dirección de las personas a quienes se les enviará esta información:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico o información de contacto alternativa: _____

Seleccione el lugar de tratamiento:

- HealthAlliance Hospital: Broadway Campus
- HealthAlliance Hospital: Mary's Avenue Campus
- HealthAlliance Hospital: Margaretville

Descripción de la información que se revelará: *(marque las casillas correspondientes)*

Todos los expedientes médicos, incluida la historia, resultados de pruebas, información genética, remisiones, consultas *(excluyendo* tratamientos por alcoholismo/drogadicción, información relacionada con el VIH, tratamientos de salud mental y notas de psicoterapia).

- Incluye estudios radiológicos, videos e imágenes, tiras de monitorización fetal.
- Incluye registros de facturación y del seguro.
- Incluye registros enviados a HealthAlliance por otros proveedores de atención médica

Expedientes médicos desde (fecha): _____ hasta _____

Resumen de expediente médico *(solo la información médica pertinente)*

Otro (describa): _____

Autorizo que se revelen los siguientes registros (ponga sus iniciales):

- _____ Información de tratamientos por alcoholismo/drogadicción
- _____ Información de tratamientos relacionados con el VIH
- _____ Notas de psicoterapia *(en caso afirmativo, complete una autorización adicional para este fin)*
- _____ Información de tratamientos de salud mental *(excluyendo notas de psicoterapia)*
- _____ Pruebas/documentación genética
- _____ Plan de Safe Care

Propósito por el que se revela: ____ Atención continua ____ Seguro ____ Legal ____ Propio ____ Otro _____

Esta autorización vencerá en un año (o 6 meses, en el caso del Plan de Safe Care) a partir de la fecha en la que se firmó si no se indica ninguna fecha o evento de vencimiento: (Anoté la fecha o evento de vencimiento deseado, si lo hay) _____

1. Si autorizo que se revele información relacionada con VIH, tratamientos por alcoholismo o drogadicción, o tratamientos de salud mental, está prohibido que el destinatario vuelva a revelar dicha información sin mi autorización, a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Comprendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la revelación de información relacionada con VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al (212) 480-2493 o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450.
2. Comprendo que toda revelación está sujeta al Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales que rige la confidencialidad de los expedientes de pacientes con problemas de alcoholismo y drogadicción, así como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) 45 C.F.R. pts 160 & 164; y se prohíbe volver a revelar esta información a una parte distinta a la designada arriba sin autorización por escrito de mi parte.



Autorización para revelar información médica protegida – Página 2 de 2

- HealthAlliance no condiciona el tratamiento o el pago a que usted firme esta autorización.
- El destinatario puede volver a revelar la información revelada en virtud de esta autorización y puede dejar de estar protegida.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que HealthAlliance Hospital ya haya actuado con base en ella. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Administración de Información Médica de HealthAlliance, 105 Mary's Avenue, Kingston, New York, 12401 (Teléfono: 845-334-3150)

He leído este formulario y respondieron todas mis preguntas a mi satisfacción. Al firmar este formulario, reconozco que he leído y aceptado todo lo anterior.

Firma del paciente

Fecha/Hora

Si es un menor de edad: Por la presente declaro que soy el padre natural o adoptivo o el tutor legal del menor arriba mencionado y que no hay ninguna orden judicial que restrinja o prohíba mi acceso a los registros indicados:

Otros representantes legales deben adjuntar una copia del poder de representación para atención médica, poder notarial, testamento u otra documentación:

Indique la relación con el paciente: _____

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha/Hora

Tarifas: Le cobraremos una tarifa razonable para reponer los gastos de copias, envíos postales y suministros utilizados para tramitar su solicitud. Las copias enviadas a un médico son gratuitas.