

Nombre del paciente: _____ No. de expediente médico (si lo conoce): _____

Nombre en el momento del tratamiento (si era diferente): _____ Método de entrega: Impreso: ___ CD: ___ Correo electrónico: _____

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

Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

Autorizo al HealthAlliance Hospital 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 al HealthAlliance Hospital: Broadway Campus
- Todos los registros médicos al HealthAlliance Hospital: Mary's Avenue Campus
- Todos los registros médicos al Margaretville Hospital

- 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
 - Incluir registros de facturación y seguros
 - Incluir registros enviados a MHRH 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*)

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. HealthAlliance Hospital 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 al Departamento de Gestión de la Información de Salud de HealthAlliance Hospital, 396 Broadway, Kingston, NY 12401. Número de Teléfono: (845) 334-2777. Fax: (845) 331-7860.

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 deben 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.**