



Community Health Center of the North Country

Autorización para divulgar registros

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que se divulgue la información de salud con respecto a mi atención y tratamiento como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Información relacionada con el **tratamiento de salud mental (excepto las notas de psicoterapia), el abuso de alcohol o drogas y La información confidencial relacionada con el VIH** no se divulgará a menos que el paciente o el representante personal presente sus iniciales en la casilla 9(a). Si alguno de los registros incluye alguno de estos tipos de información y las líneas en el recuadro 9(a) están rubricadas, específicamente autorizar la divulgación de dicha información a las personas enumeradas en el recuadro 8.

2. Si he autorizado la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento por alcoholismo o drogadicción, o tratamiento de salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar esta información sin mi autorización, a menos que se lo permita el gobierno federal o Ley del Estado. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH con a cabo la autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York en (212) 306-7450.

3. Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica que se indica a continuación, excepto por información que ya ha sido divulgada con respecto a este formulario.

4. Entiendo que firmar esta autorización es voluntario y mi tratamiento y la información de pago no se verán afectados.

5. El destinatario puede volver a divulgar la información divulgada en virtud de esta autorización, excepto para el **tratamiento de salud mental (excepto notas de psicoterapia), abuso de alcohol o drogas e información confidencial relacionada con el VIH**, y esta nueva publicación puede que ya no esté protegido por la ley federal o estatal.

6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA A DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O ATENCIÓN MÉDICA CON CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL ABOGADO, LA AGENCIA GUBERNAMENTAL O EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIFICADOS EN EL ARTÍCULO 9 (b).

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o entidad para divulgar la información:

Community Health Center of the North Country, 4 Commerce Lane, Canton, NY 13617 F: (315) 379-8333

8. Nombre y dirección de la (s) persona (s) a donde se enviará la información:

9(a). Información específica que se publicará:

- Registros médicos de (Insertar fecha): _____ a (Insertar fecha): _____
- Historial médico completo, incluidos los historiales de los pacientes, las notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), los resultados de las pruebas, los estudios de radiología, las películas, las referencias, las consultas, los registros de facturación, los registros de seguros y los registros que le envíen otros proveedores de atención médica.

- Otra: _____ Incluir (indicar con sus iniciales):
- _____ Tratamiento por alcoholismo / drogadicción
- _____ Información de salud mental
- _____ Información relacionada con el VIH

Autorización para discutir información médica

9(b). Inicializando aquí _____, yo autorizo _____ para hablar sobre información médica con mi abogado, (Iniciales) (Proveedor de atención médica de CHC) agencia gubernamental u otro proveedor de atención médica, que se enumera aquí: _____ (Abogado, agencia gubernamental, proveedor de atención médica)

10. Motivo de la divulgación de información:

- A solicitud de individuo Transferencia de cuidados
- Otra:

11. Fecha o evento en el que caducará esta autorización:

12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:

13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se han completado todos los elementos de este formulario y se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por ley

Fecha