



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFORME AL HIPAA
[Este formulario ha sido aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York]

Nombre del paciente Edda M. Crispiery	Fecha de Nacimiento 14/09/1929	Número de Seguro Social 644-72-6579
Domicilio del paciente Calle Frías #39, Potosí, Bolivia		

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos pueda ser liberada información acerca de mi atención y tratamiento como se detalla en el presente formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Norma de Privacidad del Acto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés), comprendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relativa al **ABUSO de ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELATIVA CON EL VIH***, solamente si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el acápite 9(a). Yo expresamente autorizo la liberación de dicha información a la(s) persona(s) indicadas en el acápite 8.
- Si autorizo la liberación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcoholismo o drogadicción, o tratamiento de salud mental, el destinatario está prohibido de divulgar dicha información sin mi autorización a menos que la ley federal o estatal le permitan hacerlo. Comprendo que tengo derecho de solicitar una lista de las personas que puedan recibir o utilizar mi información relacionada al VIH sin autorización. Si soy discriminado por la liberación o divulgación de información relacionada con el VIH, podré contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Tengo derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento solicitándolo por escrito al profesional médico listado abajo. Comprendo que puedo revocar la presente autorización, salvo en la medida que se haya tomado acción en base a la presente autorización.
- Comprendo que la firma de la presente autorización es voluntaria. Mis tratamientos, pagos, afiliación a un plan de salud, o la elegibilidad para beneficios no se verán condicionados por mi autorización de divulgación.
- La información divulgada bajo el marco de esta autorización podrá volver a ser revelada por el destinatario (excepto como se menciona arriba en el acápite 2), y esta divulgación podría ya no estar protegida por la Ley federal o estatal.
- LA PRESENTE AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A USTED(ES) A DISCUTIR SOBRE MI INFORMACIÓN MÉDICA O ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADOS EN EL ACÁPITE 9(b)**

7. Nombre y dirección del profesional o entidad médica a quien se divulgará esta información: Ellis Neuroscience Center, Calle Nott #1101, B6, Schenectady, Nueva York, código postal 12308

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de las personas a quien esta información será remitida: Phillip Steck, Esq., Cooper Erving & Savage LLP, Calle North Pearl #39, Albany, Nueva York, código postal 12207

9(a). Información específica a ser revelada: <input checked="" type="checkbox"/> Registros médicos desde (insertar fecha) 01/08/2015 hasta (insertar fecha) Fecha actual <input type="checkbox"/> Registro Médico completo, incluyendo historias clínicas, notas de oficina (excepto notas de psicoterapia), resultados de exámenes, estudios radiológicos, vídeos, referencias, consultas, registros de facturación, registros de seguros, y registros enviados a usted por otros profesionales médicos. <input type="checkbox"/> Otros: _____ Incluir: (Indicar escribiendo sus iniciales) _____ Tratamiento de Alcoholismo/Drogadicción _____ Información sobre salud mental _____ Información relacionada con el VIH

Autorización para discutir información médica
(b) <input checked="" type="checkbox"/> Al escribir mis iniciales aquí, _____ yo autorizo a _____ Iniciales Nombre del profesional médico a discutir mi información médica con mi abogado, o una agencia gubernamental, listada aquí: Phillip Steck, Esq., Cooper Erving & Savage LLP (Nombre del Abogado/Firma o Nombre de la agencia gubernamental)

10. Motivo de la divulgación de información: <input checked="" type="checkbox"/> A solicitud de particulares <input type="checkbox"/> Otras: _____	11. Fecha o evento en el cual expirará la presente autorización: 30/12/2018
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad que firma a nombre del paciente:

Todos los acápitales en el presente formulario han sido llenados y mis preguntas sobre el presente formulario han sido respondidas. Además, he proporcionado una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por Ley _____ Fecha: _____

* El Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que padece síntomas o infección del VIH e información referida a los contactos de una persona.