

<h2 style="margin: 0;">AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN</h2>	<p>Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre, segundo inicial) "C" No. _____</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Sexo Fecha de Nacimiento</p> <p>Nombre de la Institución Unidad/Pabellón</p>
--	---

Esta autorización para utilizar o divulgar información protegida de salud tiene que ser completada por el paciente o su representante personal, de acuerdo a las leyes y reglamentos estatales y federales. La información puede ser divulgada de acuerdo a esta autorización a las partes identificadas en este formulario, una vez la necesidad por la información sea justificada, y a condición de que la divulgación no será detrimental al paciente u otras personas. Se requiere una autorización separada para utilizar o divulgar información confidencial relacionada al VIH.

PARTE 1: Autorización para Divulgar Información

Descripción de la Información a ser utilizada o divulgada:

Propósito o Necesidad de la Información:

1. Esta información ha sido requerida:
 - por el individuo o su representante personal y será divulgada a la persona o entidad que haya justificado la necesidad por la información; u
 - Otro (explique) _____
2. El propósito de esta divulgación es (explique):

De: Nombre, Dirección y Puesto de la Persona/ Persona/Organización/ Centro/Programa que divulga la información

Para: Nombre, Dirección y Puesto de la Persona/Organización Centro/Programa al cual se le divulga la información

***NOTA:** Si la misma información se va a divulgar a múltiples partes con el mismo propósito, por el mismo período de tiempo, esta autorización aplicará a todas las partes en la siguiente lista.*

- A.** Por este medio permito la utilización o divulgación de la información mencionada anteriormente a las Personas/Organización/Centro/Programa(s) identificada(s) anteriormente. Entiendo que:
1. Únicamente la información descrita en este formulario podrá ser utilizada o divulgada como resultado de esta autorización.
 2. Esta información es confidencial y está protegida bajo las reglamentaciones federales de privacidad (HIPAA, siglas en inglés) y las leyes de Higiene Mental del Estado de Nueva York y no puede ser divulgada legalmente sin mi permiso.
 3. Si esta información es divulgada a alguien a quien no se le requiere cumplir con HIPAA entonces puede ser divulgada nuevamente y ya no estaría protegida por HIPAA. Sin embargo, esta información está protegida bajo la ley de Higiene Mental del Estado de NY, la cual prohíbe que esta información sea divulgada nuevamente a otra entidad a menos que dicha divulgación este permitida por la ley del Estado de NY (Ley de Higiene Mental §33.13).
 4. Tengo el derecho a revocar (a pedir que se me devuelva) esta autorización en cualquier momento. Mi revocación tiene que ser hecha por escrito en el formulario que me fue provisto por (inserte nombre del Centro o programa), _____ . Estoy consciente que mi revocación no será efectiva si la persona a la que autorice a utilizar o divulgar mi información protegida de salud ya ha tomado acción debido a mi autorización previa.
 5. No tengo que firmar esta autorización y mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, tampoco afectará mi elegibilidad para obtener beneficios.
 6. Tengo el derecho a inspeccionar y copiar mi propia información protegida de salud a ser utilizada o divulgada (de acuerdo a los requerimientos de las reglamentaciones federales sobre protección de privacidad bajo 45 CFR §164.524) y la Ley de Higiene Mental del Estado de NY §33.16.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre de la Institución	Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre, segundo inicial)	"C"/Id. No.
--------------------------	--	-------------

B-1. Utilización o divulgación una sola vez: Por este medio permito la utilización o divulgación una sola vez de la información antes descrita a la persona/organización/centro/programa identificado anteriormente.

Mi autorización expirará:

- Una vez completado el uso;
- 90 días después de esta fecha;
- Otro _____

B-2. Utilización o divulgación periódica: Por este medio autorizo la utilización o divulgación periódica de la información antes descrita a la persona/organización/centro/programa identificado anteriormente tan frecuente como sea necesario para cumplir con el propósito identificado anteriormente.

Mi autorización expirará:

- Hasta que deje de recibir servicios de *(inserte nombre del Centro o programa)* _____ ;
- A partir de un año después de esta fecha;
- Otro _____

C. Firma del paciente: Certifico que he autorizado el uso de mi información de salud como se establece en este documento.

Firma del paciente o de su Representante Personal _____
Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Nombre del Representante Personal (en letra de imprenta)

Descripción de la autoridad del representante personal para actuar en nombre del paciente *(requerido si el Representante Personal firma la Autorización)*

D. Declaración del Testigo/Firma: He sido testigo de la ejecución de esta autorización y declaro que una copia de la autorización firmada fue provista al paciente y/o al representante personal.

ATESTIGUADO POR: _____
Nombre del empleado y título

La autorización fue provista a: _____

Fecha: _____

A ser completado por el Centro:

Firma del empleado que utiliza o divulga la información

Título

Fecha de la divulgación

PARTE 2: Revocación de la Autorización para Divulgar Información

Por este medio revoco mi autorización para utilizar o divulgar la información indicada en la Parte 1, a la Persona, Organización / Centro/Programa cuyo nombre y dirección es:

Por este medio me rehúso a autorizar el uso o divulgación indicado en la Parte 1, por parte de la Persona/Organización/Centro/Programa cuyo nombre y dirección es:

