



**Autorización para la divulgación de información de salud (incluyendo información sobre tratamientos para drogas y alcohol y sobre salud mental) e información confidencial relacionada con VIH/sida**

**Artículo I. Información del paciente**

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	N.º de expediente médico:
Dirección del paciente:	Teléfono:	Dirección de correo electrónico:

**Artículo II. Información sobre autorización**

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

1. Esta autorización puede utilizarse para la divulgación de toda la información médica protegida, incluido el TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, el TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL y la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH/SIDA. La información sobre tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, tratamiento de salud mental e información relacionada con VIH/SIDA solo podrá divulgarse a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 10 si autorizo específicamente dicha divulgación al colocar mis iniciales en la línea correspondiente del punto 13.
2. La información de los registros de salud mental puede divulgarse en los términos de esta autorización a las partes aquí identificadas que tengan necesidad demostrable de la información, siempre y cuando no se prevea razonablemente que la divulgación resulte perjudicial para el paciente o para otra persona.
3. Con algunas excepciones, la información de salud que se divulga puede ser divulgada a su vez por el destinatario. Si autorizo la divulgación de información relacionada con VIH/sida, tratamiento de trastornos por consumo de sustancias o tratamiento de salud mental, el destinatario tiene prohibido divulgar a su vez la información o usar la información divulgada para cualquier otro fin sin mi autorización, excepto cuando las leyes federales o estatales le permitan hacerlo. Si experimento discriminación debido a la divulgación de información relacionada con VIH/SIDA, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, la agencia responsable de proteger mis derechos, al 1-888-392-3644.
4. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al proveedor o entidad indicada en el punto 9 a continuación. Puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan realizado acciones al amparo de la autorización.
5. Esta autorización puede completarse y firmarse electrónicamente, de conformidad con la Ley de Firmas y Registros Electrónicos (Electronic Signatures and Records Act), incluso a través del expediente médico electrónico de un proveedor. Los proveedores deben garantizar que este formulario pueda imprimirse y/o entregarse en el formato aprobado al paciente, al representante del paciente y/o a los destinatarios previstos.
6. La firma de esta autorización es voluntaria. Entiendo que en general mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud y elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a que yo autorice esta divulgación. Sin embargo, entiendo que se me puede negar tratamiento en algunas circunstancias si no firmo este consentimiento.
7. Debe contestar todos los puntos de este formulario. Si algún artículo queda en blanco, el formulario no tendrá validez.
8. Han contestado todas mis preguntas sobre este formulario y me han entregado una copia del formulario.  
 El paciente se negó a recibir una copia.



Autorización para la divulgación de información de salud (incluyendo información sobre tratamientos para drogas y alcohol y sobre salud mental) e información confidencial relacionada con VIH/sida

Artículo III. Información sobre la divulgación

- 9. Nombre e información de contacto del proveedor autorizado para divulgar esta información:
10. Nombre e información de contacto de la(s) persona(s) a quien(es) se divulgará esta información:
11. Motivo para la divulgación de información:
12. Salvo que la revoque previamente, esta autorización para la divulgación de mi información de salud vencerá en la fecha o evento que se especifica a continuación:

Artículo IV. Información de salud

- 13. Autorizo la divulgación de la siguiente información médica protegida:
- Parte de mi expediente médico desde (indique fecha) hasta (indique fecha)
- Expediente médico completo, incluidos antecedentes del paciente, notas de consulta (excepto notas de psicoterapia por separado), resultados de pruebas, estudios radiológicos, placas, remisiones, consultas, registros de facturación, registros del seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.
- Otro (especifique):

Para que se divulgue información sobre tratamiento de salud mental, tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD) e información relacionada con VIH/SIDA, debe marcar la casilla correspondiente, colocar sus iniciales y la fecha para la información específica que desea divulgar.

- Registros clínicos de programas de salud mental\* Iniciales: Fecha:
- Registros de programas de tratamiento de SUD Iniciales: Fecha:
- Información relacionada con VIH/SIDA Iniciales: Fecha:

Artículo V. Firma

- 14. Firma del paciente o su representante personal:
15. Fecha:
16. Nombre del paciente (en letra de imprenta):
17. Si no es el paciente, nombre del representante personal (en letra de imprenta):
18. Autoridad del representante personal para firmar en nombre del paciente:

Este formulario puede usarse en lugar de los formularios DOH2557, DOH5032 u OMH 11 y fue aprobado por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York para permitir la divulgación de información de salud o de registros clínicos de salud mental. Sin embargo, este formulario no obliga a los proveedores de servicios de salud a divulgar información de salud. La información sobre tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, tratamiento de salud mental o información confidencial relacionada con VIH que se divulgue mediante este formulario debe ir acompañada de las declaraciones requeridas sobre la prohibición de volver a divulgar.