

	<b>Nombre del Paciente:</b>		
	<b>Fecha de Nacimiento:</b>		
	<b>Dirección:</b>		
	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>

### **Autorización para compartir información médica protegida**

Este formulario se utiliza para usar/compartir información medica protegida, de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales. Debe ser completado por el paciente o su representante personal. La información puede ser compartida en virtud de esta autorización a las partes identificadas en este documento que tienen necesidad verificable de la información, siempre que, razonablemente, la divulgación no sea perjudicial para el paciente u otra persona.

**Por lo presente autorizo compartir la información indicada en la página 2 a la(s)**

**persona(s)/organización(es)/institución(es)/programa(s) identificada(s) en la página 2. Entiendo que:**

1. Sólo la información descrita en este formulario (como se indica en la página 2) puede ser utilizada y/o compartida como resultado de esta autorización.
2. Esta información es confidencial y protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) y por todas las leyes federales y estatales indicadas en las siguientes secciones.
3. Si esta información se revela a alguien que no está obligado a cumplir con la ley de HIPAA, podría volver a revelarse y dejaría de estar protegida por la ley de HIPAA. Sin embargo, la información sobre pruebas y/o tratamientos de salud mental seguirá estando protegida por la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York, la cual prohíbe que esta información vuelva a ser compartida por cualquiera que la reciba, a menos que la divulgación esté permitida por la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York §33.13.
4. Entiendo que mi expediente con información acerca de mi trastorno por consumo de sustancias, según sea aplicable, está protegido por leyes federales, incluyendo leyes federales que gobiernan la confidencialidad de los expedientes de pacientes con trastorno por consumo de sustancias, 42.C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996, 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.
5. Entiendo que mi estatus de VIH (según corresponda), incluyendo pruebas, exposición a, infecciones o enfermedades relacionadas, o tratamiento para VIH/SIDA, está protegido bajo el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York y cualquier información que se comparta debe llevar mi autorización. Para obtener más información sobre la confidencialidad del VIH, puedo llamar a la línea directa de confidencialidad del Departamento de VIH del Estado de Nueva York al 1-800-962-5065.
6. Tengo derecho a revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y entregada a Finger Lakes Community Health. Entiendo que mi revocación no será efectiva si las personas que he autorizado anteriormente a usar y/o compartir mi información médica protegida ya han tomado acción debido a mi autorización.
7. No estoy obligado a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento.
8. Tengo derecho a examinar y copiar mi propia información protegida que será utilizada y/o compartida de acuerdo con las normas de los reglamentos de la Ley Federales de Privacidad descritas bajo la sección 45 CFR §164.524, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York §33.16.
9. Para más información sobre la protección federal de privacidad, puedo llamar a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. También puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al 1-888-392-3644

Nombre de Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Esta información la solicita:

el individuo o su representante personal, o,

otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

El propósito de compartir esta información es (por favor describa):

Información que compartirá Finger Lakes Community Health:

Información que recibirá Finger Lakes Community Health:

Información que se compartirá entre Finger Lakes Community Health y otra entidad para coordinar el cuidado médico:

**Finger Lakes Community Health, 601 B West Washington Street, Geneva, NY 14456**

**Email: [healthinformation@flchealth.org](mailto:healthinformation@flchealth.org)**

**Fax: 315-781-8444**

**Telefono: 315-781-8448 (Opcion 3)**

**Información de la otra entidad:**

<b>Nombre:</b>					
<b>Dirección:</b>					
<b>Ciudad</b>		<b>Estado:</b>		<b>Código postal:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Fax</b>			
<b>Correo electrónico:</b>					

El expediente se compartirá por medio de (seleccione uno):  Correo  Fax  Correo electrónico

Periodo de fechas solicitadas:

Desde:

Hasta:

Información específica a ser compartida:

Resumen de alta

Resultados de patologías

Diagrama dental

Resultados de laboratorios

Reportes de consultas

Resumen de radiografías

Historial y examen físico

Historial de vacunas

Radiografías (dental)

Notas de seguimiento

Notas de la sala de emergencias

Detalle de facturas y pagos

Otro (describa):

**Autorizaciones especiales:** (Las iniciales del paciente o representante deben estar presentes para compartir la información específica nombrada en esta sección. Consulte la sección de autorización en la página 1 para más información.)

\_\_\_\_\_ Autorizo compartir información acerca de mi trastorno por consumo de sustancias, de acuerdo con leyes federales sobre la confidencialidad de los expedientes de pacientes con trastorno por consumo de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, 45 C.F.R. Parte 160 y 164 como indicado en el consentimiento informado de la página 1 de este formulario.

\_\_\_\_\_ Autorizo compartir mi evaluación, prueba, y diagnóstico o tratamiento de mi salud mental/rehabilitación neuropsicológica de acuerdo con la Ley 33.13 de Higiene Mental del Estado de Nueva York, como indicado en el consentimiento informado de la página 1 de este formulario.

\_\_\_\_\_ Autorizo compartir mis resultados de pruebas, diagnóstico, o tratamiento para el VIH/SIDA de acuerdo con las leyes de HIPAA y el Artículo 27-F de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, como lo estipula el consentimiento informado en la página 1 de este formulario.

Nombre de la persona quien llena el formulario: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Firma autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_