

Autorización para divulgación e intercambio de información médica y de salud conductual

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica acerca de mi atención y tratamiento se pueda divulgar e intercambiar como se indica en este formulario. Comprendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de toda mi información médica, incluyendo, cuando corresponda cualquier y toda la información relacionada con el TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL, incluyendo los REGISTROS CLÍNICOS*, GENÉTICOS, de PLANIFICACIÓN FAMILIAR y RELACIONADA CON VIH/SIDA. En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a las entidades indicadas en el inciso 6.

2. Con algunas excepciones la información médica una vez divulgada puede ser redivulgada por la entidad receptora. Si autorizo la divulgación de la información relacionada con VIH/SIDA, tratamiento por abuso de alcohol o drogas o tratamiento de salud mental, incluyendo los registros clínicos* y la información genética y de planificación familiar, la entidad receptora tiene prohibido redivulgar dicha información o usar la información divulgada por cualquier propósito diferente al propósito indicado en esta autorización sin mi autorización expresa, salvo lo que permitan las leyes federales o estatales. Si experimento discriminación debido a la publicación o divulgación de información relacionada con VIH/SIDA, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York State Division of Human Rights) llamando al 1-888-392-3644. Esta agencia es responsable de proteger mis derechos.

3. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, mediante aviso por escrito al proveedor de atención médica indicado a continuación en el inciso 5. Comprendo que puedo revocar esta autorización, salvo hasta donde dicha acción ya haya sido tomada con base en esta autorización.

4. La firma de esta autorización es voluntaria. Entiendo que en general mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a que dé mi autorización para esta divulgación. Sin embargo, entiendo que en algunas circunstancias me pueden denegar el tratamiento si no firmo este consentimiento.

5. Nombre y domicilio del proveedor de atención médica o de la entidad que divulga o intercambia esta información:

6. Nombre y dirección de las entidades a las que se divulgará e intercambiará esta información:

Autorizo a la entidad mencionada a comunicarse con el coordinador de la Organización de Salud Conductual (Behavioral Health Organization, BHO) que se indica a continuación a informarles de mi inscripción en este programa de tratamiento y facilitar la coordinación de los servicios de atención médica física y conductual que requiero. Para que la calidad de los servicios que reciba pueda ser evaluada, también doy mi consentimiento para todas las comunicaciones necesarias entre este centro y las siguientes entidades en relación con mi historia de tratamientos anteriores por abuso de alcohol o sustancias; servicios actuales y propuestos de tratamiento: el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health), la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health), la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y Abuso de Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services), cualquier centro de tratamiento subsiguiente o al coordinador de la Organización de Salud Conductual a quien me puedan haber remitido y

Coordinador de la Organización de Salud Conductual (BHO): _____
Coordinador de Servicios de Tratamiento Administrado por Adicción (Managed Addiction Treatment Services, MATS): _____

Agencia Gubernamental Local de Salud Mental: _____

Otro administrador de casos (es decir, ACTS): _____

Otro: _____

7. El propósito de esta divulgación es permitir a las entidades autorizadas comunicarse entre sí para facilitar la coordinación de mis servicios de salud conductual, la integración de mis servicios de salud física y la evaluación del desempeño de los proveedores.

8. Mi información médica puede ser divulgada e intercambiada durante un período de tres (3) años a partir de la última fecha de servicio o hasta la revocación.

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

10. Autoridad para firmar a nombre del paciente:

Todos los puntos de este formulario han sido completados y mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Además, se me ha proporcionado una copia del formulario.

 FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO POR LEY

 FECHA

Declaración/firma del testigo: He sido testigo de la ejecución de esta autorización y declaro que se le entregó una copia de la autorización firmada al paciente y/o al representante autorizado del paciente.

 NOMBRE Y PUESTO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL

 FIRMA

 FECHA

Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York y la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias para autorizar la divulgación de la información médica. Sin embargo, este formulario no exige a los proveedores de atención médica la divulgación de la información médica.

La información relacionada con el tratamiento por consumo de alcohol/drogas o la información confidencial relacionada con el VIH que se divulgue por medio de este formulario debe ir acompañada de las declaraciones necesarias respecto a la prohibición de la redivulgación.

*Nota: La información de los registros clínicos de salud mental puede divulgarse de conformidad con esta autorización a las partes indicadas en la misma que tienen una necesidad demostrable de la información, siempre que en la medida de lo razonable no se espere que la divulgación sea perjudicial al paciente o a otras personas.