



**AUTORIZACIÓN PARA DAR  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL  
RELACIONADA CON EL SIDA\***

APELLIDO NOMBRE DEL ACUSADO/PACIENTE			NOMBRE DE PILA	INICIAL
NUM. DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO DEL "C" CASO		
CENTRO		UNIDAD		

**INSTRUCTIONS:** Prepare one (1) copy for the Patient's Case Record

Se considera información confidencial acerca del virus de inmunodeficiencia cualquier información que indique que una persona ha sido examinada en relación con el sida, que sta infectada de sida, que tiene enfermedad relacionada con el SIDA, o cualquiera información que pudiera indicar que una persona haya sido potencialmente expuesta al virus de inmunodeficiencia.

Según las leyes del Estado de Nueva York, con ciertas excepciones, información confidencial relacionada con el virus de inmunodeficiencia sólo puede ser dada a conocer a personas que usted autorize con una autorización firmada. Usted puede solicitar una lista de personas a quienes sé les puede dar información confidencial con relación al virus de inmunodeficiencia sin autorización, mediante formulario.\*\*

Si usted firma este formulario, la información relacionada con el virus de inmunodeficiencia puede ser dada a las personas nombradas en el formulario, por las razones indicadas. Usted no tiene que firmar el formulario, y puede cambiar su decisión en cualquier momento.

Si usted sufre discriminación por haber dado información relacionada al virus de inmunodeficiencia, puede ponerse en contacto con la División de Derechos Humanos llamando al (888) 392-3644, o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York llamando al 212 306-7450. Estas agencias tienen la responsabilidad de proteger sus derechos.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE PROVEERÁ INFORMACIÓN RELACIONADA AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA A QUIEN SE DARÁ INFORMACIÓN RELACIONADA AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA:	
RAZÓN POR LA QUE SE FACILITA INFORMACIÓN RELACIONADA AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA			
ALCANCE O CLASE DE INFORMACIÓN QUE SERA FACILITADA			
PERIODO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL SE AUTORIZA LA INFORMACIÓN			
DESDE:	HASTA:		

Mis preguntas acerca de este formulario han sido contestadas. Yo entiendo que no tengo que permitir que se dé información relacionada al virus de inmunodeficiencia, que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento, y retirar mi consentimiento a menos que ya se haya tomado alguna acción en relacion con ello.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Madre/Guardián cuando requiere)

\_\_\_\_\_  
(Escriba en Letras de Molde el Nombre y Apellido del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Escriba en Letras de Molde el Nombre y Apellido del Padre/Madre/Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\* Virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA .

\*\* Regulaciones federales acerca de los récords de los pacientes con casos de abuso de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2) pueden requerir su consentimiento o una orden de la corte aunque las leyes estatales no lo requieran.