



Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services)
Autorización de divulgación de información de salud conductual

Form with fields: 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 mi número de seguro social federal (solo para fines de coincidencia de registro), cualquier y toda la información relacionada con el TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS y la información 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 la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias del Estado de Nueva York (OASAS).

Si escribe sus iniciales en esta línea, también se puede divulgar a la OASAS la información relacionada con VIH-SIDA. No tiene obligación de escribir sus iniciales en esta línea.

Si escribe sus iniciales en esta línea, también se puede divulgar a la OASAS su número de seguro social. No tiene obligación de escribir sus iniciales en esta línea.

2. Con algunas excepciones la información médica una vez divulgada puede ser redivulgada por la entidad receptora. Si autorizo la divulgación de mi número de seguro social federal, la información relacionada con VIH/SIDA, tratamiento por abuso de alcohol o drogas, 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.

Form with fields: 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; 7. El propósito de esta divulgación es cumplir con la aplicación de la iniciativa de rediseño de Medicaid de Nueva York y cumplir con los requisitos federales de presentación de informes. Al aceptar la información que cubre este consentimiento en el Sistema de datos de los clientes de la OASAS del Estado de Nueva York, la OASAS del Estado de Nueva York reconoce que esta información no se puede redivulgar de conformidad con 42 CFR 2.32 - Prohibición de la redivulgación. 8. Mi información médica puede ser divulgada 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

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.