



Autorización para divulgar e intercambiar información de salud conductual

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

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud mental asociada a mi atención y tratamiento pueda divulgarse e intercambiarse tal como se expresa en este formulario. Comprendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de toda mi información de salud mental, incluso, cuando corresponda, cualquier información parcial o completa relacionada con TRATAMIENTOS por consumo de ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTOS de SALUD MENTAL, así como las HISTORIAS CLÍNICAS*, información GENÉTICA y de PLANIFICACIÓN FAMILIAR e información relacionada con el VIH/SIDA. En el caso de que la información de salud mental descrita abajo incluya algún tipo de información mencionado anteriormente, yo específicamente autorizo la divulgación de la información a las entidades indicadas en el inciso 6.

2. Con algunas excepciones, la información médica una vez divulgada puede ser divulgada nuevamente por la entidad receptora. Si autorizo la divulgación de la información relacionada con el VIH/SIDA, con tratamientos por consumo de alcohol o drogas o tratamientos de salud mental, incluidas las historias clínicas* y la información genética y de planificación familiar, la entidad receptora tiene prohibido divulgar nuevamente dicha información o usar la información divulgada para cualquier propósito diferente al indicado en este documento sin mi autorización expresa, salvo que esté permitido por las leyes federales o estatales. Si sufro discriminación debido a la publicación o divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado 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 un aviso por escrito al proveedor de atención médica indicado a continuación en el inciso 5. Comprendo que puedo revocar esta autorización, salvo en la medida en que ya se hayan adoptado medidas sobre la base de esta autorización.

4. La firma de esta autorización es voluntaria. Entiendo que, en general, el acceso a los servicios no estará sujeto a 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 dirección del proveedor de atención médica o de la entidad que divulga e 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 los proveedores que se indican a continuación para que accedan a mi información médica y para facilitar la coordinación de los servicios que necesito. 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 drogas, servicios actuales y servicios sugeridos de tratamiento:

- la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias del Estado de Nueva York (The New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services); y

- Otro: _____

7. El propósito de esta divulgación es permitir a las entidades autorizadas comunicarse con la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias del Estado de Nueva York para facilitar el manejo de información.

8. Mi información médica puede divulgarse e intercambiarse durante un período de dos (2) 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 este formulario:

10. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se han completado todos los puntos de este formulario, se han respondido todas mis preguntas y se me ha entregado una copia de este formulario.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL 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 o al representante autorizado del paciente.

NOMBRE Y PUESTO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL

FIRMA

FECHA

Este formulario ha sido aprobado por la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias del Estado de Nueva York con el fin de permitir la divulgación de información médica. Sin embargo, este formulario no obliga a los proveedores de atención médica a divulgar 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 a través de este formulario debe ir acompañada de las declaraciones necesarias respecto a la prohibición de la divulgación posterior.

*Nota: La información de las historias clínicas de salud mental puede divulgarse de conformidad con esta autorización a las partes indicadas en este documento que tengan una necesidad demostrable de la información, siempre que la divulgación, en términos razonables, no sea perjudicial para el paciente o para otras personas.