



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA
CON EL VIH***

APELLIDO DEL PACIENTE/DEMANDADO		PRIMER NOMBRE	M.I.
NO. DE IDENTIFICACIÓN		CASO NO.	
CENTRO		UNIDAD	

INSTRUCCIONES: prepare una (1) copia para el expediente del caso del paciente

La información confidencial relacionada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es cualquier información que indique que una persona se sometió a una prueba de detección del VIH o que tiene una infección por este virus, una enfermedad relacionada con él o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o cualquier información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH.

Según la ley del estado de Nueva York, excepto para determinadas personas, la información confidencial relacionada con el VIH solo se puede proporcionar a las personas a las que usted se lo permite mediante la firma de una autorización. Puede solicitar una lista de las personas a las que se les puede proporcionar información confidencial relacionada con el VIH sin un formulario de divulgación.**

Si firma este formulario, se puede proporcionar información relacionada con el VIH a las personas que figuran en él y por los motivos que se enumeran en este. No es necesario que firme el formulario y puede cambiar de opinión en cualquier momento.

Si sufre discriminación debido a la divulgación de información relacionada con el VIH, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (888) 392-3644 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger sus derechos.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE DIVULGARÁ INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA A LA QUE SE LE PROPORCIONARÁ INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH
MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH	
ALCANCE O NATURALEZA DE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ	
PERÍODO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL SE AUTORIZA LA DIVULGACIÓN	
Desde: Hasta:	

Se respondió a mis preguntas sobre el formulario. Sé que no tengo que permitir la divulgación de información relacionada con el VIH y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y retirar mi consentimiento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones con base en ello.

(Firma del paciente/demandado)

(Firma del padre/madre/tutor, cuando sea necesario)

(Nombre del paciente/demandado en letra de imprenta)

(Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta)

(Fecha)

(Fecha)

* El virus de la inmunodeficiencia humana es el virus que puede causar el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

** Las regulaciones federales con respecto a los expedientes de los pacientes con trastornos por el consumo de sustancias (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] Parte 2) pueden requerir su consentimiento o una orden judicial, aunque la ley estatal no lo requiera.