

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación estudiantil/ OSIS#
Dirección del paciente		

Solicito, o mi representante solicita, que se divulgue la información de salud sobre mi atención y tratamiento tal como se establece en este formulario: De conformidad con las leyes del Estado de Nueva York y la norma de confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*) de 1996, entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS**, el **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL** (excepto notas de psicoterapia) e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/sida***, solo si escribo mis iniciales en el renglón correspondiente en el punto 7. En el caso de que la información sobre salud descrita más abajo incluya este tipo de datos y yo escriba mis iniciales en el renglón de la casilla del punto 7, solo autorizo su divulgación al Departamento de Salud y Salud Mental (*Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH*) de la Ciudad de Nueva York y al Departamento de Educación (DOE) de la Ciudad de Nueva York, los cuales dirigen conjuntamente la Oficina de Salud Escolar.
- Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/sida, tratamiento de alcohol o drogas o tratamiento de salud mental, el DOHMH tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización, a menos que así lo permitan las leyes federales o estatales. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH/sida sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación o diseminación de cualquier información relacionada con VIH/sida, puedo comunicarme por teléfono con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (*New York State Division of Human Rights*), al (888) 392-3644; o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (*Commission of Human Rights*), al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a los proveedores de salud que autoricé a divulgar mi información. Entiendo que puedo revocar la presente autorización, excepto cuando ya se haya tomado alguna medida basada en ella.
- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un seguro médico o capacidad de recibir beneficios no dependerán de mi autorización de esta divulgación.
- El DOHMH o el DOE podría volver a divulgar la información (a excepción de lo indicado anteriormente en el punto 2) y esta nueva divulgación puede que ya no se encuentre protegida por las leyes federales o estatales.
- POR LA PRESENTE AUTORIZO A TODOS MIS PROVEEDORES DE SALUD A DIVULGAR Y TRATAR ESTA INFORMACIÓN CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK Y EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK.**

7. Información específica que se puede divulgar y tratar:
Toda la información sobre salud (escrita y oral), incluyendo el historial del paciente, notas del consultorio médico (excepto las notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, radiografías, referidos, consultas, registros de facturación y de seguro médico, y registros enviados a mis proveedores de salud por otros proveedores de salud.

Escriba sus iniciales para autorizar la divulgación de la información de pacientes que tienen cualquiera de los problemas de salud descritos más abajo: (Marque con sus iniciales)

_____ Información sobre el tratamiento de alcohol o drogas. *Especifique qué información se divulgará y a qué organización:*

_____ Información sobre salud mental

_____ Información relacionada con el VIH/sida

Si se marca esta casilla, divulgue y trate solo la información de salud que se especifica aquí:

(Utilice esta casilla si no quiere que se difunda o divulgue su historial completo)

8. MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: ESTA INFORMACIÓN SE DIVULGA A PETICIÓN DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE, A MENOS QUE AQUÍ SE INDIQUE LO CONTRARIO:	9. ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA HASTA QUE EL PACIENTE YA NO ESTÉ INSCRITO EN UNA ESCUELA O UN PROGRAMA DIRIGIDO POR EL DOE O NO LE BRINDEN SERVICIOS EN LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR, A MENOS QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO FIGURE AQUÍ:
10. EN CASO DE NO TRATARSE DEL PACIENTE, ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIRMA ESTE FORMULARIO: (A COMPLETAR POR EL PADRE O TUTOR):	11. PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> El estudiante <input type="checkbox"/> Padre o tutor <input type="checkbox"/> Otro (explique más abajo)

Todos los puntos de este formulario fueron completados, mis preguntas fueron contestadas y recibí una copia del formulario.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA

*Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causante del sida. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (*New York State Public Health Law*) protege la información que pudiera identificar a una persona con síntomas o infección de VIH, así como la información sobre los contactos de una persona.

**Si se establece una fecha de vencimiento en el punto 9 de más arriba, el formulario caducará en esa fecha y el padre o tutor legal del paciente u otra persona legalmente autorizada deberá presentar un formulario nuevo.