

New Life Wellness Center

Manhattan: 128 Mott Street, New York, NY 10013 **Sunset Park:** 630 59th Street, Brooklyn, NY 11220 **Bay Ridge:** 6700 3rd Avenue, Brooklyn, NY 11220

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE CONFORMIDAD CON HIPAA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Dirección del Paciente _____

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud con respecto a mi cuidado y tratamiento a conocer como se indica en este formulario: De conformidad con la Ley del Estado de Nueva York y de la Regla de Privacidad oft la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) y Portabilidad del Seguro de Salud, entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el alcohol y el abuso de drogas, tratamiento de salud mental, excepto las notas de psicoterapia, y confidencial del VIH * INFORMACIÓN RELACIONADA sólo si escribo mis iniciales en la línea correspondiente en el punto 9 (a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la persona (s) indicado en el punto 8.
2. Si autorizo la divulgación en relación con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas, o información de tratamiento de salud mental, el destinatario está prohibido volver a revelar tal información sin mi autorización a menos que le autorice a hacerlo bajo la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si tengo la discriminación a causa de la liberación de la divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 oa la Comisión de la Ciudad de Nueva York de los Derechos Humanos en (212) 306-7450 . Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor de servicios de salud que se indican a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en base a esta autorización.
4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no se verán condicionadas a mi autorización de esta descripción.
5. La información revelada bajo esta autorización puede ser divulgada por el destinatario (excepto como se indica más arriba en el punto 2), y esta divulgación puede no estar protegida por la ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A USTED PARA DISCUTIR mi información de salud o atención médica CON NINGUNA PERSONA DISTINTA DEL ABOGADO O AGENCIA GUBERNAMENTAL ESPECIFICADA EN EL PUNTO 9 (B).**

7. Nombre y dirección del proveedor de salud o entidad que divulgará esta información _____

8. Nombre y dirección de la persona(s) o categoría de persona a la que se enviará la siguiente información: _____

9 (a). La información específica que se publicará:

Expediente Medico Desde _____ Hasta _____

Historial clínico completo, incluyendo historiales de los pacientes, las notas de oficina (excepto las notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios de radiología, películas, referencias, consulta, los registros de facturación, registros de seguro, y los registros enviados por otros proveedores de atención médica.

Otra _____ Incluye (Indique con iniciales)
Tratamiento de Alcohol/Drogas _____
Información de Salud Mental _____
Información relacionada con el VIH _____

Autorización para discutir la información de salud

(b) Al escribir mi inicial aquí _____ yo autorizo _____

discutir mi información de salud con mi abogado, o agencia gubernamental, señalada aquí _____

10. La razón para divulgar la información: _____
 Fue pedida por el individual _____

11. Fecha o evento en el cual esta autorización se vencera _____

Otra _____

12. Si no es el paciente, nombre la persona que firma este formulario _____ Autoridad para firmar en nombre del paciente _____

Todos los puntos en este formulario han sido completados y mis preguntas acerca de este formulario han sido contestadas. Además, he recibido una copia de este formulario

Firma del paciente o representante autorizado por la ley _____ Fecha _____