

Autorización para divulgación de Información sobre salud e información confidencial relacionada con el VIH

Este formulario autoriza la divulgación de información sobre salud incluyendo la información relacionada con el VIH. Usted puede elegir divulgar solo la información sobre su salud no relacionada con el VIH, solo la información sobre su salud relacionada con el VIH, o ambas. Su información puede estar protegida contra la divulgación por la legislación federal y estatal sobre privacidad. La información confidencial relacionada con el VIH es toda información que indica que una persona se ha realizado una prueba relacionada con el VIH, o está infectada con VIH, padece una enfermedad relacionada con el VIH o cualquier otra información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH.

Conforme a lo dispuesto por la legislación del estado de Nueva York, la información relacionada con el VIH solo puede entregarse a las personas que usted haya autorizado mediante un permiso escrito de divulgación. Esta información también puede ser divulgada a los siguientes prestadores de salud que le brindan cuidados a usted o a su hijo expuesto: funcionarios de salud cuando la ley así lo requiera; aseguradores, para autorizar un pago; personas involucradas en cuidados de crianza o adopción; personal oficial correccional, de libertad condicional y bajo palabra; personal de emergencia o de atención de la salud accidentalmente expuestos a su sangre, o por orden judicial especial. En virtud de la ley del estado de Nueva York, a las personas que divulguen ilegalmente información relacionada con el VIH se les puede aplicar una multa de hasta \$5000 y hasta un año de cárcel. Sin embargo, algunas divulgaciones posteriores de información relacionada con la salud o el VIH no están protegidas por la legislación federal. Para obtener más información sobre la confidencialidad del VIH, llame a la línea gratuita de confidencialidad sobre VIH del Departamento de Salud del estado de Nueva York al 1-800-962-5065; para obtener más información sobre protección federal de la privacidad, llame a la Oficina de derechos civiles al 1-800-368-1019. También puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York al 1-888-392-3644.

Las marcas en las siguientes casillas y su firma en este formulario autorizan la entrega de información sobre salud o relacionada con el VIH a las personas que aparecen en la página dos (y en hojas adicionales en caso de ser necesario) del formulario, por el(los) motivo(s) indicado(s). Usted puede solicitar a la institución o persona que divulga la información sobre su salud que le entregue una copia de este formulario.

- Autorizo la divulgación de (marque lo que corresponda):
- Mi información relacionada con el VIH
 - Mi información de salud no relacionada con el VIH
 - Ambas (información de salud no relacionada con VIH e información relacionada con VIH)

Nombre y domicilio de la institución/persona que divulga la información relacionada con el VIH:

Nombre de la persona cuya información será divulgada: _____

Nombre y domicilio de la persona que firma este formulario (si difiere de las anteriores):

Relación con la persona cuya información será divulgada: _____

Describir la información que se va a divulgar: _____

Motivo de divulgación de la información: _____

Período durante el cual se autoriza la divulgación de la información: Desde: _____ Hasta: _____

Excepciones al derecho de revocar el consentimiento, si existe alguna:

Descripción de las consecuencias, en caso de existir, sobre el tratamiento, pago, registro o elegibilidad para obtener beneficios, si no se autoriza la divulgación
(Nota: los reglamentos federales de privacidad pueden restringir algunas consecuencias):

Firme **abajo solo** si desea autorizar a todas las instituciones/personas indicadas en las páginas 1, 2 (y 3, si se utilizó) de este formulario a compartir información entre sí con el fin de proveer atención y servicios de salud.

Firma _____ Fecha _____

*** Esta autorización para divulgación de Información sobre salud e información confidencial relacionada con el VIH cumple con la HIPAA. Si solo se divulga información de salud no relacionada con el VIH, puede utilizar este formulario u otro formulario de divulgación de salud general que cumpla con lo dispuesto por la HIPAA.**

Autorización para divulgación de Información sobre salud e información confidencial relacionada con el VIH*

Completar la información de cada institución/persona a la que se entregará información general o información relacionada con el VIH. Agregar más hojas según sea necesario. Se recomienda tachar las líneas en blanco antes de firmar.

Nombre y domicilio de la institución/persona a la que se dará la información general sobre salud o relacionada con el VIH:

Motivo de la divulgación, si es distinto del motivo indicado en la página 1:

Si la información que se va a divulgar a esta institución/persona es limitada, indíquelo:

Nombre y domicilio de la institución/persona a la que se dará la información general sobre salud o relacionada con el VIH:

Motivo de la divulgación, si es distinto del motivo indicado en la página 1:

Si la información que se va a divulgar a esta institución/persona es limitada, indíquelo:

La ley lo protege de la discriminación relacionada con el VIH con respecto a vivienda, empleo, atención de la salud y otros servicios. Para obtener más información, llame a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7500 o a la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York al 1-888-392-3644.

Se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Sé que no debo permitir que se divulgue la información sobre mi salud o la información relacionada con el VIH, y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar la autorización notificando por escrito a la institución/persona a la que se dio el permiso de divulgación. Autorizo a la institución/persona indicada en la página uno a divulgar información relacionada con la salud o el VIH de la persona nombrada en la página uno a las organizaciones/personas indicadas.

Firma _____ Fecha _____
(SUJETO DEL QUE SE INFORMA O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO)

Si se trata del representante legal, indique relación con el sujeto:

Nombre en letra de molde _____

Número de cliente/paciente _____

* Esta autorización para divulgación de Información sobre salud e información confidencial relacionada con el VIH cumple con la HIPAA. Si solo se divulga información de salud no relacionada con el VIH, puede utilizar este formulario u otro formulario de divulgación de salud general que cumpla con lo dispuesto por la HIPAA.

Autorización para divulgación de Información sobre salud e información confidencial relacionada con el VIH*

Completar la información de cada institución/persona a la que se entregará información general o información relacionada con el VIH. Agregar más hojas según sea necesario. Se recomienda tachar las líneas en blanco antes de firmar.

Nombre y domicilio de la institución/persona a la que se dará la información general sobre salud o relacionada con el VIH:

Motivo de la divulgación, si es distinto del motivo indicado en la página 1:

Si la información a divulgar a esta institución/persona es limitada, indíquelo:

Nombre y domicilio de la institución/persona a la que se dará la información general sobre salud o relacionada con el VIH:

Motivo de la divulgación, si es distinto del motivo indicado en la página 1:

Si la información a divulgar a esta institución/persona es limitada, indíquelo:

Nombre y domicilio de la institución/persona a la que se dará la información general sobre salud o relacionada con el VIH:

Motivo de la divulgación, si es distinto del motivo indicado en la página 1:

Si la información a divulgar a esta institución/persona es limitada, indíquelo:

Si toda o parte de esta página está completa, firme abajo:

Firma _____ Fecha _____
(SUJETO DEL QUE SE INFORMA O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO)

Número de cliente/paciente _____

* Esta autorización para divulgación de Información sobre salud e información confidencial relacionada con el VIH cumple con la HIPAA. Si solo se divulga información de salud no relacionada con el VIH, puede utilizar este formulario u otro formulario de divulgación de salud general que cumpla con lo dispuesto por la HIPAA.