

Centro Médico del Hospital Jamaica *Jamaica Hospital Medical Center*
8900 Van Wyck Expressway, Jamaica, New York 11418
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON LA HIPAA

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

Nombre del paciente <i>Patient Name</i>	Fecha de nacimiento <i>Date of Birth</i>	Número de Seguridad Social <i>Social Security Number</i>
Dirección del paciente <i>Patient Address</i>		
Número de teléfono <i>Phone Number</i>	Dirección de correo electrónico del destinatario <i>Email Address of Recipient</i>	

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se divulgue la información médica relativa a mi atención y tratamiento según lo establecido en este formulario: De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS**, el **TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia, y la **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** sólo si pongo mis iniciales en la línea correspondiente del punto 9(a). En el caso de que la información médica descrita a continuación incluya alguno de estos tipos de información, y pongo mis iniciales en la línea de la casilla del punto 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la persona(s) indicada(s) en el punto 8.
2. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, el tratamiento contra el alcoholismo o la drogadicción, o el tratamiento de salud mental, el receptor tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que lo permita la legislación federal o estatal. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información relacionada con el VIH, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York en el teléfono (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York en el teléfono (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de servicios médicos que se indica a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en 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 estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
5. La información divulgada en virtud de esta autorización podría volver a ser divulgada por el destinatario (salvo lo indicado en el punto 2), y esta nueva divulgación podría dejar de estar protegida por la legislación federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O MI ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE.**

7. Nombre y dirección del proveedor de servicios médicos o de la entidad que debe divulgar esta información: <i>Name and address of health provider or entity to release this information:</i> Jamaica Hospital Medical Center, 8900 Van Wyck Expressway, Jamaica, New York 11418
8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a la que se enviará esta información: <i>Name and address of person(s) or category or person to whom this information will be sent:</i>

9(a) Información específica a divulgar: / <i>Specific information to be released:</i>	
<input type="checkbox"/> Expediente médico desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____ <i>Medical Record from (insert date) to (insert date)</i>	
<input type="checkbox"/> Todo el expediente médico, incluidos los antecedentes del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de pruebas, estudios radiológicos, grabaciones, remisiones, consultas, registros de facturación, registros del seguro y registros remitidos a usted por otros proveedores de atención médica. <i>Entire medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.</i>	
<input type="checkbox"/> Otro: / <i>Other:</i> _____	
Indique cómo desea recibir los registros. Elija sólo una: <i>Please indicate how you want to receive records. Choose one only:</i>	Incluir: (Indicar con sus iniciales) <i>Include: (Indicate by Initialing)</i>
<input type="checkbox"/> Papel / <i>Paper</i>	<input type="checkbox"/> Tratamiento del alcoholismo y la drogadicción <i>Alcohol/Drug Treatment</i>
<input type="checkbox"/> CD <i>CD</i>	<input type="checkbox"/> Información sobre salud mental <i>Mental Health Information</i>
<input type="checkbox"/> Portal del paciente MediSys MyChart (electrónico) <i>MediSys MyChart Patient Portal (electronic)</i>	<input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH <i>HIV-Related Information</i>
<input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado: _____ <i>E-mail Encrypted</i>	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <i>Genetic Testing</i>
Dirección de correo electrónico para imprimir <i>Print E-Mail Address</i>	

10. Motivo de la divulgación de la información <i>Reason for release of information</i> <input type="checkbox"/> A petición del individuo / <i>At request of individual</i> <input type="checkbox"/> Otro / <i>Other</i>	11. Fecha o evento en el que expirará esta autorización: <i>Date or event on which this authorization will expire:</i> Un año a partir de hoy o de la fecha o evento que he enumerado: <i>One year from today or the date or event I have listed :</i>
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario: <i>If not the patient, name of person signing form:</i>	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente: <i>Authority to sign on behalf of patient:</i>

Se han completado todos los puntos de este formulario y se ha respondido a mis preguntas sobre el mismo. Además, se me ha facilitado una copia del formulario.

Firma del paciente o del representante autorizado legalmente
Signature of patient or representative authorized by law

Fecha: _____
Date

*Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien como portador de síntomas o infección por el VIH y la información relativa a los contactos de una persona.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA/EXPEDIENTES MÉDICOS

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION/MEDICAL RECORDS

También deseo que se divulgue mi expediente médico de los siguientes sitios (indicar con sus iniciales).

I would also like for my medical records to be released from the following site(s). (Indicate by initialing)

SITIO <i>SITE</i>	DIRECCIÓN POSTAL <i>MAILING ADDRESS</i>	FECHA DE TRATAMIENTO <i>TREATMENT DATE</i>	INICIALES <i>INITIALS</i>
Residencia de ancianos del Jamaica Hospital <i>Jamaica Hospital Nursing Home</i>	89-40 135 th Street Jamaica, Nueva York 11418		
Este de Nueva York <i>East New York</i>	3080 Atlantic Avenue Brooklyn, Nueva York 11208		
Hollis <i>Hollis</i>	188-03 Jamaica Avenue Hollis, Nueva York 11423		
Hollis Tudors <i>Hollis Tudors</i>	200-16 Hollis Avenue Hollis, Nueva York 11423		
Howard Beach <i>Howard Beach</i>	156-10 Cross Bay Blvd. Howard Beach, Nueva York 11414		
Jamaica (antes Sutphin) <i>Jamaica (formerly Sutphin)</i>	149-18 Jamaica Avenue Jamaica, Nueva York 11435		
Ozone Park <i>Ozone Park</i>	91-20 Atlantic Avenue Ozone Park, Nueva York 11416		
Richmond Hill – Medicina Familiar <i>Richmond Hill – Family Practice</i>	133-03 Jamaica Avenue Jamaica, Nueva York 11418		
Centro de Salud para la Tercera Edad <i>Senior Health Center</i>	91-20 Atlantic Avenue Ozone Park, Nueva York 11416		
St. Albans <i>St. Albans</i>	111-20 Merrick Blvd. St. Albans, Nueva York 11433		
Richmond Hill - Centro de Salud de la Mujer <i>Richmond Hill - Woman's Health Center</i>	133-03 Jamaica Avenue Richmond Hill, Nueva York 11418		
Centro Avanzado de Psicoterapia- Jamaica Estates <i>Advanced Center for Psychotherapy-Jamaica Estates</i>	178-10 Wexford Terrace Queens, Nueva York 11375		
Centro Avanzado de Psicoterapia- Forest Hills <i>Advanced Center for Psychotherapy-Forest Hills</i>	103-26 68 th Road Jamaica, Nueva York 11375		
Clínica de salud mental del Centro Médico del Hospital Jamaica <i>Jamaica Hospital Medical Center Mental Health Clinic</i>	90-09 Van Wyck Expressway Jamaica, Nueva York 11418		

Traduje para este paciente el (fecha) _____ con su permiso para que la autorización pudiera ser completada correctamente y respondí a todas las preguntas que se me hicieron.

I translated for this patient on (date) _____ with their permission so the authorization could be completed properly and I answered all questions asked of me.

Fecha: _____
Date:

Nombre en letra de imprenta: _____
Print Name:

Firma: _____
Signature:

Título: _____
Title: